Rok XLIV. Kraków 28 Października 1905. Nr. 43

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Nabłoniak złośliwy kosmówki *(chorionepithelioma malignum)* w świetle nowszych badań.

Podał

Dr. L. K. Gliński.

(Podług wykładu habilitacyjnego, wygłoszonego w d. 12 grudnia 1904).

Wśród grupy nowotworów wogóle, nowotworów zaś złośliwych w szczególności, do pewnego stopnia zupełnie odrębne stanowisko zajmuje nowotwór, znany w nauce pod nazwą nabłoniaka złośliwego kosmówki (*chorionepithelioma malignum*), nowotwór, powstający skutkiem rozrostu składników jednej z błon płodowych w ustroju matki. Jakkolwiek nowotwór ten spotyka się u człowieka niezbyt rzadko, zarówno w praktyce klinicznej, jak i na stole sekcyjnym, to jednak dziwnym zbiegiem okoliczności zwrócono nań po raz pierwszy uwagę dopiero w r. 1876, wyodrębnić zaś go od innych spraw podobnych zdołano zaledwie przed 10—15 laty. Podnieść przytem należy, że mimo bardzo licznych w tym kierunku prac, wiadomości nasze o tej sprawie chorobowej dotychczas nie są jeszcze zupełnie dokładne i obecnie jeszcze wiele punktów w całej tej sprawie pozostaje niewyjaśnionych. A jednak dokładna znajomość tego nowotworu ma niepoślednie znaczenie zarówno czysto naukowe, teoretyczne, jak i pod względem praktycznym: wspomnieć choćby należy, że przy wczesnem rozpoznaniu tego nowotworu i przy odpowiedniem postępowaniu leczniczem (operacyjnem), o ile to wnosić można z dotychczasowych spostrzeżeń, często udaje się zachować przy życiu, a nawet w dobrem zdrowiu osobniki, które bez tego giną już w krótkim stosunkowo czasie po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych [1]), a są to zwykle osobniki młode [2]), w pełni sił życiowych, poprzednio zupełnie zdrowe. Pod względem naukowym, czysto teoretycznym, nowotwór ten zwracać musi na siebie uwagę badacza już choćby z tego względu, iż jest on typowym przykładem, że przez wszczepienie w niewłaściwem miejscu tkanek obcych danemu narządowi rozwijać się może w tym narządzie nowotwór, szerzący się na otoczenie, tworzący liczne przerzuty, w krótkim stosunkowo czasie powodujący śmierć danego osobnika, jednem słowem typowy nowotwór złośliwy, nie różniący się pod względem złośliwości od najbardziej złośliwych znanych nowotworów — mięsaków i raków. Ta zaś okoliczność rzuca bardzo ciekawe światło na sprawę pochodzenia i powstawania nowotworów złośliwych wogóle, na ich właściwą etyologię, która to sprawa ciągle jeszcze jest w nauce powodem licznych sporów.

Pierwsze wzmianki w nauce o nabłoniaku złośliwym kosmówki znajdujemy w r. 1876. W tym to roku Maier opisał pod nazwą docześniaka (deciduoma) 2 przypadki nieznanego poprzednio cierpienia macicy; jednakże autor ten nie był jeszcze w stanie ani należycie ocenić rodzaju, pochodzenia i znaczenia tego nowotworu, ani nawet nie potrafił wyodrębnić go od innych mniej lub więcej doń zbliżonych spraw chorobowych; dość powiedzieć, że na podstawie obecnej naszej znajomości przedmiotu tylko jeden z opisanych przez Maiera przypadków możemy uważać za nabłoniaka złośliwego kosmówki, a i w tym przypadku Maier sądził, że miał do czynienia ze sprawą chorobową dobrotliwą bez większego znaczenia klinicznego. To też dziwić się nie można, że po pracy Maiera powstało w nauce zamięszanie w tym kierunku: jedni autorowie pod nazwą docześniaka opisywali najrozmaitsze sprawy chorobowe, nie mające nic wspólnego z nabłoniakiem złośliwym kosmówki, inni — przeciwnie — przypadki rzeczywistego tego nowotworu opisywali pod rozmaitemi innemi nazwami. Tak n. p. Chiari opisał pod nazwą raka macicy 3 przypadki chorobowe, które zwróciły jego uwagę niezwykłą budową nowotworu, a które, jak to później podniósł sam Chiari, były przypadkami nabłoniaka złośliwego kosmówki.

Dopiero w r. 1889, 1891 i 1893 pojawiły się 3 prace Sangera, który pierwszy zwrócił uwagę na złośliwy charakter tego nowotworu i pierwszy potrafił go wyodrębnić od innych spraw nowotworowych; autor ten uważał za punkt wyjścia nowotworu komórki jednej z błon płodowych — doczesnej (decidua) i zaliczał go do grupy mięsaków, oznaczając go nazwą „deciduo-sarcoma“. Od tego czasu pojawił się w piśmiennictwie cały szereg prac najrozmaitszych autorów, którzy wprowadzili jeszcze większy zamęt do sprawy tego nowotworu, jednocześnie opisując go pod najrozmaitszemi nazwami, jakoto: *deciduoma*, *sarcoma deciduocellulare*, *sarcome angioplastique*, *blastoma deciduo-chorion-cellulare*, *epithelioma chorii*, *sarcoma chorii*, *syncytioma*, *carcinoma syncytiale* i t. d. Niektórzy jednakże z tych autorów już w krótkim czasie po ukazaniu się pierwszych prac Saengera rzucili nieco więcej światła na zupełnie ciemną poprzednio sprawę tego nowotworu. Tak Gottschalk już w r. 1893 zwrócił uwagę na to, iż punktem wyjścia tego nowotworu nie są komórki doczesnej, lecz łącznotkankowe podścielisko kosmków kosmówki przy jednoczesnym jednak rozroście ich powłoki nabłonkowej; tak więc według Gottschalka nowotwór ten należałoby uważać za nowotwór mieszany, powstający skutkiem złośliwego nowotworowego bujania wszystkich składników pewnego narządu, za jaki bądź co bądź uważać należy kosmek kosmówki. Fraenkel w r. 1895 poszedł jeszcze dalej, podniósł mianowicie w swej pracy, iż

[1]) W połowie przypadków przed upływem 6 miesięcy od chwili wystąpienia pierwszych objawów.

[2]) Połowa znanych przypadków przypada na wiek 20—30 lat.

nowotwór ten rozwija się skutkiem rozrostu wyłącznie nabłonka kosmków kosmówki, wobec czego uważać go należy za nowotwór nabłonkowy i zaliczać go do grupy raków. Dopiero jednakże w r. 1895 i 1898 pojawiły się dwie prace Marchanda, który pierwszy należycie wyjaśnił sprawę pochodzenia tego nowotworu, dowodnie wykazał, iż powstaje on skutkiem rozrostu obydwu rodzajów nabłonka, pokrywającego kosmek, opisał dokładnie budowę tego nowotworu, nadając mu jednocześnie ze względu na jego pochodzenie nazwę nabłoniaka złośliwego kosmówki (*chorionepithelioma malignum*). Prace Marchanda skłoniły cały szereg innych autorów do dokładniejszego zajęcia się tym nowotworem, do licznych badań w tym kierunku; wszystkie te prace, razem wzięte, wyjaśniły nam obecnie już dość dokładnie budowę anatomiczną i mikroskopową tego nowotworu, wskazały nam drogi jego szerzenia się w ustroju, dały nam wcale wyraźny obraz jego klinicznego przebiegu i możność wczesnego pewnego rozpoznania (zwłaszcza drogą badania mikroskopowego) tej sprawy chorobowej, dały nam pewne wskazania do właściwego postępowania leczniczego, wreszcie bardzo znacznie rozszerzyły pierwotne pojęcie tego nowotworu, wykazując, iż może on występować pierwotnie nietylko w miejscu pierwotnego usadowienia się ciąży, lecz również w znacznej odeń odległości, ba nawet, że spotkać go można również u dziewcząt, które nigdy w ciąży nie były, a nawet u mężczyzn; nieco dokładniej o tem wszystkiem mówić będziemy jeszcze w dalszym ciągu. Niepodobna jest nam tutaj przytaczać i omawiać całego, bardzo licznego, dotyczącego piśmiennictwa, wspomnieć jednakowoż winienem, że i nasi polscy autorowie przyjmowali czynny udział w całym tym ruchu naukowym i przyczynili się również do wyjaśnienia pewnych ciekawych a spornych punktów w całej tej sprawie, że wspomnę tutaj tylko prace Rosnera, Sołowija i Krzyszkowskiego, Stankiewicza, Steinhausa, Świtalskiego i t. d. Podnieść również należy, że pierwszy w Polsce przypadek nabłoniaka złośliwego kosmówki był należycie rozpoznanym za życia w tutejszym oddziale szpitalnym prof. Jordana i opisanym przez prof. Rosnera; pierwsza polska praca, starająca się wyjaśnić etyologię tego zagadkowego nowotworu, wykonaną została również w Krakowie przez prof. Rosnera w zakładzie anatomii patologicznej prof. Browicza.

Co się tyczy klinicznego przebiegu i objawów tego cierpienia, to zwykle (choć nie wyłącznie, jak to zobaczymy w dalszym ciągu) w pewien czas po poronieniu lub po urodzeniu zaśniadu groniastego, rzadziej po ciąży prawidłowej, występują u dotyczącej kobiety bole i zwłaszcza mniej lub więcej silne długotrwałe krwawienia z części płciowych, niekiedy z krótkiemi tylko przerwami; jednocześnie w następstwie krwotoków powstaje ostra niedokrwistość, zjawia się osłabienie, omdlewania i t. d. Badanie przedmiotowe w tych przypadkach wykazuje zwykle w macicy, rzadziej w pochwie, obecność większych lub mniejszych miękkich, dość kruchych, sinoczerwonych mas guzowatych, pozostających w związku ze ścianą danego narządu i sterczących do jego światła; te masy nowotworowe do tego stopnia obfitują w krew, iż niekiedy makroskopowo jest wprost niepodobieństwem rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z tkanką nowotworową, czy też z naciekłemi krwią tkankami normalnemi lub nawet wprost ze skrzepami krwi i dopiero badanie mikroskopowe wykazuje nam rzeczywistą budowę tych mas. Te masy nowotworowe pozostają w związku ze ścianą danego narządu, zwykle za pośrednictwem szerokiej podstawy, wrastają w głąb tego narządu, dochodząc n. p. w macicy niekiedy aż pod otrzewnę i wypuklając ją guzkowato do światła jamy brzusznej. W dalszym przebiegu nowotwór ów szerzy się na otoczenie, a oprócz tego dość szybko tworzą się przerzuty i to najczęściej w pochwie i w płucach, stosunkowo rzadziej w innych narządach, jak: w wątrobie, śledzionie, nerkach, mózgu i t. d. Wśród wzmagającego się osłabienia, wyniszczenia i ciągłych krwotoków w stosunkowo krótkim czasie następuje śmierć. We wczesnych okresach przez odpowiednie postępowanie lecznicze (operacyjne usunięcie nowotworu, a nawet całego zajętego przezeń narządu) niejednokrotnie udaje się utrzymać chorą przy życiu, a nawet, o ile to można wnosić z dotychczasowych spostrzeżeń, w dobrem zdrowiu bez późniejszych nawrotów. Niektórzy autorowie opisują nawet przypadki znikania guzów przerzutowych w płucach po wyłuszczeniu guza pierwotnego, spostrzeżeń tych jednak dotychczas za pewne uważać nie można. Wobec tego, że w odczycie niniejszym nie mamy zupełnie zamiaru zajmować się kliniczną stroną nabłoniaka złośliwego kosmówki, ograniczyć się musimy tylko do kilku powyższych najogólniejszych uwag, a obecnie musimy się zastanowić nad budową tego nowotworu.

Aby jednak zrozumieć należycie histologiczną budowę nabłoniaka złośliwego kosmówki, winniśmy sobie naprzód przypomnieć budowę narządu, który jest punktem wyjścia tego nowotworu, t. j. budowę kosmówki (chorion). Jak wiadomo, kosmówka jest jedną z 3 błon, otaczających płód w łonie matki; z tych 3 błon t. zw. doczesna (decidua) powstaje przez przeobrażenie błony śluzowej macicy, jest więc pochodzenia matczynego, dwie drugie błony płodowe, to jest owodnia (amnion) i kosmówka (chorion) są przeciwnie pochodzenia płodowego. Dla naszego tematu jedynie ważną jest kosmówka, leżąca pomiędzy dwoma pozostałemi błonami. Kosmówka w pierwszych tygodniach ciąży na całej swej zewnętrznej (zwróconej ku doczesnej) powierzchni pokryta jest kosmkami (stąd nazwa), zawierającymi naczynia; kosmki te wchodzą w ścisły związek z błoną doczesną, a więc ze ścianą macicy i przyjmują czynny udział w odżywianiu płodu. Kosmki te posiadają utkanie, złożone początkowo z zarodkowej tkanki śluzakowej, która w dalszym ciągu przekształca się w tkankę łączną; po swej zewnętrznej (a więc zwróconej ku doczesnej) stronie są one pokryte dwoma warstwami komórek: głębsza warstwa składa się z nizkich, wyraźnie od siebie odgraniczonych komórek wielobocznych; komórki te posiadają jasną, zwykle słabo się barwiącą cytoplazmę, wśród której zapomocą swoistych odczynników łatwo jest wykazać mniejszą lub większą ilość glykogenu; jądra tych komórek są zwykle duże, pęcherzykowate. Ta warstwa komórek nosi w nauce nazwę warstwy komórek Langhansa. Ponad warstwą komórek Langhansa, a więc w miejscu bezpośredniego zetknięcia się kosmówki z doczesną, ciągnie się stanowiący drugą warstwę pokład protoplazmatyczny, nie podzielony na oddzielne komórki, zawierający mniej lub więcej liczne, silnie się barwiące i nierównomiernie rozmieszczone jądra; ta druga warstwa stanowi więc t. zw. „syncytium“; na zewnętrznej stronie tych mas protoplazmatycznych niejednokrotnie widzieć można rodzaj rąbka

włosistego lub nawet dość duże i wcale dobrze zachowane migawki, jak to jeden z pierwszych wykazał J. Nowak.

Sprawa pochodzenia tych 2 rodzajów komórek, pokrywających kosmek, była przedmiotem licznych sporów w nauce; między innymi bardzo dokładnie u nas badał tę sprawę J. Nowak. Zapatrywania na tę kwestyę były najrozmaitsze: jedni autorowie uważali komórki Langhansa za łącznotkankowe, pochodzące z tkanki łącznej trzonu kosmka, inni — przeciwnie, uważali je za właściwy nabłonek kosmówki, pochodzący z ektodermy płodu. Syncytium wprawdzie prawie przez wszystkich autorów było zawsze uważane za nabłonek, jednakże jedni autorowie uważali go za nabłonek kosmków, podczas gdy inni twierdzili, iż jest to zmieniony nabłonek maciczny. Niepodobna jest nam tutaj przytaczać szczegółowo wszystkich zapatrywań w całej tej zawiłej sprawie, a tem bardziej nie możemy tutaj zajmować się stanowczem rozstrzyganiem tego ciekawego sporu. Stwierdzić jednakowoż należy, iż obecnie w nauce ogólnie jest przyjętem zapatrywanie, że tak komórki Langhansa, jak i pokład syncytyalny są pochodzenia nabłonkowego, płodowego. Otóż te dwa rodzaje komórek — komórki Langhansa i syncytyum, — jak to zobaczymy w dalszym ciągu, są punktem wyjścia a zarazem i głównymi składnikami nabłoniaka złośliwego kosmówki; ze względu właśnie na nabłonkowe pochodzenie tych komórek zupełnie usprawiedliwioną jest nadana przez Marchanda temu nowotworowi nazwa — *chorionepithelioma malignum*.

Już w warunkach normalnych, w ciąży zupełnie prawidłowej, jak to wykazują badania głównie nowszych czasów (Poten, Kworostansky), elementy płodowe, zwłaszcza jako pokłady syncytyalne wrastać mogą dość głęboko w ściany macicy, a nawet w jej żyły, stąd zaś mogą być roznoszone po całym organizmie. Kworostansky n. p. na podstawie swych badań wprost twierdzi, że w każdej ciąży i to przez cały czas jej trwania od 1-go do ostatniego miesiąca, a nawet jeszcze w kilka tygodni po porodzie spotyka się wśród mięśnia macicznego elementy płodowe, t. j. części syncytyum i komórki Langhansa. W rzucawce porodowej niejednokrotnie już i dawniej stwierdzano obecność elementów płodowych w narządach wewnętrznych zmarłej matki (zwłaszcza często w płucach). W ciąży jajowodowej kosmki wnikają bardzo głęboko w ściany jajowodu, sięgając niejednokrotnie aż do otrzewnej i powodując skutkiem tego w końcu pęknięcie worka płodowego (Aschoff).

Bardzo znaczny rozrost nabłonka, pokrywającego kosmki [3]), znajdujemy również w przypadkach zatrzymania w macicy błon płodowych lub nawet całego jaja (po obumarciu płodu) i w przypadkach zaśniadu groniastego, przyczem zwykle, jak to wykazał Rosner, w zaśniadzie groniastym buja głównie syncytyum, w zatrzymanych po śmierci płodu jajach — głównie warstwa Langhansa; zawsze jednakże w tych przypadkach bujają obydwa rodzaje nabłonka tak, że niekiedy powstawać nawet mogą obrazy, przypominające całkowicie nabłoniak złośliwy kosmówki. Mamy tutaj już jakby przejście do tego nowotworu, to też dziwić się nie możemy, że w takich właśnie warunkach najczęściej rozwija się w dalszym ciągu nabłoniak złośliwy kosmówki. Można nawet wprost powiedzieć, że niekiedy ścisłej granicy pomiędzy zaśniadem groniastym a nabłoniakiem złośliwym kosmówki dotychczas nie jesteśmy w stanie przeprowadzić, zwłaszcza jeśli sobie przypomnimy, że zaśniad groniasty niekiedy przybiera charakter bardzo złośliwy, rozrasta się w ścianach macicy, a nawet tworzyć może przerzuty w odległych narządach. Bardzo charakterystyczny n. p. przypadek takiego złośliwego zaśniadu groniastego z przerzutami w płucach opisali Sołowij i Krzyszkowski. To blizkie pokrewieństwo nabłoniaka złośliwego kosmówki z zaśniadem groniastym wybitnie występuje w tych przypadkach nabłoniaka kosmówki, w których wśród innych składników udaje się wykryć jeszcze utrzymane kosmki, istniejące zawsze w zaśniadzie groniastym; bujanie nabłonka tych kosmków jest właściwym punktem wyjścia nabłoniaka złośliwego kosmówki. Najwymowniej zresztą za blizkim związkiem nabłoniaka złośliwego kosmówki z zaśniadem groniastym przemawia przypadek Picka i Landaua, którzy znaleźli w macicy zaśniad groniasty, a w pochwie tej samej kobiety jakby przerzut zaśniadu w postaci nabłoniaka kosmówki. Wobec uwag powyższych, nie powinno nas dziwić zapatrywanie Kworostanskyego, który uważa zaśniad groniasty za przerost łożyska (hyperplastische Placenta), nabłoniak złośliwy kosmówki za przerost zaśniadu groniastego (Hyperplasie der Mole).

Mimo jednak tego blizkiego pokrewieństwa pomiędzy temi dwoma sprawami chorobowemi, różnica pomiędzy niemi jest jednak znaczna: w zaśniadzie groniastym rozrost nabłonka kosmków jest ograniczony, zachowuje pewien typ, podczas gdy w pewnych, bliżej nam nieznanych warunkach ten rozrost nabłonka kosmków staje się nieograniczonym, niepohamowanym, atypowym, — mamy przejście do właściwego nabłoniaka złośliwego kosmówki; pochwycenie chwili tego przejścia jest oczywiście niezmiernie trudnem i stąd też wyjaśnienie warunków, wśród których z elementów płodowych poczyna się rozwijać nabłoniak złośliwy kosmówki, wyjaśnienie etyologii tej niezwykle ciekawej sprawy chorobowej napotyka na szereg wprost nieprzezwyciężonych trudności tak, że sprawy tej za rozstrzygniętą dotychczas nie możemy uważać. Istnieją wprawdzie nawet liczne hipotezy, starające się wyjaśnić powstawanie tego nowotworu, o tych jednak choć pokrótce mówić będziemy dopiero w dalszym ciągu.

Poczynający rozrastać się nowotworowo nabłonek kosmków łożyskowych wnika coraz głębiej w ściany zajętego narządu, wrasta w ściany i do światła sąsiednich żył, rozrasta się tutaj bardzo znacznie wzdłuż ich rozgałęzień, jednocześnie zaś przechodzi na ich otoczenie, stąd zaś, niszcząc ściany danego narządu i rozrastając się na ich miejscu, przenika znowuż do sąsiednich naczyń żylnych i włosowatych. Łatwo zrozumieć, że skutkiem takiego stosunku tego nowotworu do naczyń krwionośnych, skutkiem niszczenia ścian naczyniowych przez komórki nowotworowe, w dotkniętym tą sprawą chorobową narządzie występować muszą bardzo obfite krwotoki, początkowo tylko miąższowe, później zaś i na zewnątrz; z drugiej strony zaczopowanie światła licznych naczyń krwionośnych przez komórki nowotworowe obok jednoczesnego zupełnego braku nowowytworzonych naczyń krwionośnych powodować musi w wielu miejscach obumieranie samychże składników nowotworowych. Te okoliczności tłómaczą nam zarówno obfitość krwawień w przebiegu tego cierpienia, jak i wejrzenie makro- i mikroskopowe samego

[3]) Oczywiście obok innych zmian, cechujących te sprawy.

nowotworu. I rzeczywiście nabłoniaki złośliwe kosmówki już makroskopowo wydają się całkowicie przesiąknięte krwią, niekiedy zaś wprost robią wrażenie skrzepów krwi. Przy badaniu mikroskopowem w nowotworze tym również znajdujemy olbrzymią ilość krwi obok obfitych skrzepów włóknikowych, a dopiero wśród tego wszystkiego są nierównomiernie rozmieszczone mniej lub więcej dobrze zachowane, miejscami całkowicie obumarłe, stosunkowo nieliczne właściwe składniki nowotworu — syncytyum i komórki Langhansa. Resztki utkania narządu, zajętego przez ten nowotwór, niekiedy znajdujemy już tylko na obwodzie guza nowotworowego. (C. d. n.)

II. Ze szpitala powszechnego w Husiatynie.

Przyczynek do kazuistyki ran miażdżonych mózgu.

Opracował

Dr. Bolesław Gerżabek

prymaryusz szpitala.

W czerwcu b. r. miałem sposobność spostrzegać przypadek rany miażdżonej mózgu, którym ze względu na kilka ciekawych spostrzeżeń zamierzyłem się podzielić z czytelnikami „Przeglądu lekarskiego“.

A. P., lat 27, z Czarnokoniec Wielkich, zarobnik podzienny, dziedzicznie nie obciążony. Przed dwoma laty chorował na oczy, zresztą zdrów zupełnie. Dnia 5/VI 1905 przy czyszczeniu studni doznał urazu w głowę, mianowicie w prawą kość ciemieniową. Podać nie umie, czy sam się uderzył o jeden z kanciastych kamieni, którymi ściany studni były wycembrowane, czy też jeden z kamieni się obsunął i uderzył go w miejsce powyżej podane. Uczuwszy ból z uderzenia w głowę, sam wydostał się ze studni. Towarzysze pracy opatrzyli ranę silnie krwią broczącą mieszaniną chleba, hubki i pajęczyny, a opatrunek ten przymocowali niezbyt czystą chusteczką; poczem natychmiast chorego przywieziono do szpitala w Husiatynie. Chory od wyjścia ze studni przez całą drogę do Husiatyna przytomności ani na chwilę nie stracił. Podczas badania skarżył się tylko na bole w ranie. Stan przedmiotowy, zbadany tegoż samego dnia, wykazał co następuje: ciepłota 36·8, tętno 72. Chory dobrze zbudowany i dobrze odżywiony. Wyraz twarzy swobodny, nie okazuje żadnego schorzenia.

Badanie miejscowe: w okolicy ciemieniowej prawej, w poprzek sfery ruchowej, mniej więcej na wysokości ośrodków kończyny górnej, guz miękki, wielkości orzecha włoskiego, okazujący obok krwi zakrzepłej grudki szarej i białej istoty mózgu. Przy oznaczeniu zagłębień i zwojów mózgowych na powierzchni czaszki posługiwałem się metodą A. Köhlera („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ 1892). Przy oznaczeniu samych zaś ośrodków mozgowych posługiwałem się rysunkiem oryentacyjnym Bergmanna. Rozpoznanie rany miażdżonej mózgu, powikłanej raną kostną i części miękkich, nie ulegało najmniejszej wątpliwości. O bliższych szczegółach samych ran w częściach miękkich, kostnej i mózgowej miałem nadzieję przekonać się na stole operacyjnym. Nim przystąpiłem do samej operacyi, zbadałem możliwie najdokładniej tak narządy wewnętrzne, jak i układ nerwowy. Badanie przedmiotowe wykazało co następuje: bole tylko w ranie. Świadomość zupełna. Bolu przy opukiwaniu głowy chory nie odczuwa. Powieki ruchome. Gałki także prawidłowo ruchome. Blizenki w górnych kwadrantach rogówki wielkości główki od szpilki. Źrenice równe, prawidłowo szerokie i prawidłowo na światło oddziaływujące. Akomodacya nie upośledzona. Wzrok bystry. Pole widzenia dość rozległe. Wszystkie barwy chory rozróżnia prawidłowo. Badania wziernikiem nie przeprowadzono. Ruchomość w zakresie nerwu twarzowego w części twarzowej — prawidłowa. Czucie w zakresie nerwu trójdzielnego nie upośledzone. Słuch, smak, węch prawidłowe. Głos dźwięczny. Język i podniebienie miękkie — ruchome. Ruchy połykowe prawidłowe. W wydzielinie gruczołów ślinnych zmian żadnych stwierdzić nie można. Mięśnie karkowe bez zmian. Ucisk na kręgi szyjne bolu nie wywołuje. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian wykazać nie można. Mocz chory oddał w obecności mojej prawidłowo, — zawiera on śladzik białka.

Sfera ruchowa: przywodzenie ręki lewej upośledzone, zresztą ruchomość we wszystkich stawach rąk i nóg — prawidłowa. Ruchy koordynowane obustronnie prawidłowe. Żadnych drgawek, żadnych kurczów, — jedynie włókienkowe drgania na klatce piersiowej i kończynach górnych po obu stronach jednakowe. Ruchy bierne bez zmian. Chód prawidłowy. Pochylania się w jedną lub drugą stronę przy staniu ze zamkniętemi oczyma nie zauważyłem.

Sfera czuciowa: czucie dotyku, odczucie bolu, uczucie ucisku, ciepłoty, lokalizacya i czucie mięśniowe bez zmian w całym ustroju. Widoczne tylko zmiany w czuciu na wewnętrznej powierzchni lewego ramienia i górnej połowy lewego przedramienia. Odruch skórny stopowy, palcowy Babińskiego, odruch jądrowy, brzuszny, — odruch ścięgnisty, rzepkowy — prawidłowe.

Zmian odżywczych brak.

Po stwierdzeniu dokładnie stanu ogólnego, stanu narządów wewnętrznych i układu nerwowego, przystąpiłem już na stole operacyjnym po dokładnem oczyszczeniu samej rany i otoczenia do badania miejscowego i stwierdziłem: guz sterczący ponad powierzchnię sklepienia czaszki był mieszaniną zakrzepłej krwi i grudek istoty białej i szarej mózgu. Z rany sączyła się nieznaczna ilość płynu surowiczego. Po ścięciu sterczącego guza okazało się, że rana części miękkich przedstawia się w postaci owalnej rany podłużnej, 3 ctm. długiej, 2 ctm. szerokiej. Mięsień czepcowy częściowo zniszczony. Rana kostna, przez którą mózg wypadł, owalna, długości 2 ctm., $1^1/_2$ ctm. szerokości, o brzegach prawie zupełnie równych. W środku otworu jedną krawędzią sterczał odłamek kostny. Po wyjęciu przy pomocy kleszczyków odłamek przedstawiał się jako wycinek koła. Opona twarda zmiażdżona na przestrzeni wielkości otworu. Śladu z opon miękkich w miejscu rany nie odnalazłem.

Z przestrzeni podpajęczej sączy się płyn surowiczy, najprawdopodobniej mózgowordzeniowy. W celu łatwiejszego odszukania odłamanych martwaków kostnych i dokładniejszego zbadania rozległości rany miażdżonej mózgu, jak i w celu przekonania się, czy blaszka wewnętrzna w otoczeniu rany nie została oddzieloną, przystąpiłem po rozszerzeniu rany skórnej do trepanacyi czaszki przy pomocy dłutka. Po oddłutowaniu tylnego odcinka rany kostnej 1 ctm. mniej więcej od brzegu rany odnalazłem między oponą mózgową a powierzchnią mózgu dwa martwaki kostne w postaci wycinków koła; pod zewnętrznym brzegiem rany kostnej w odległości $^1/_2$ ctm. po oddłutowaniu tegoż brzegu — trzeci martwak. Po złożeniu 4 odłamków kostnych otrzymałem figurę odpowiadającą pierwotnemu otworowi w czaszce. Poszukiwanie za odłamkami kostnymi uważałem temsamem za ukończone. Na blaszce zewnętrznej w otoczeniu otworu w sklepieniu czaszki pęknięcia nie zauważyłem. Blaszka wewnętrzna sklepienia czaszki w otoczeniu pierwotnej rany kostnej nigdzie nie naruszona. Obwód rany miażdżonej w mózgu odpowiadał otworowi w czaszce. W najbliższem otoczeniu rany miażdżonej mózgu (w promieniu paru milimetrów) nieznaczne nacieczenie krwawe z substancyi mózgowej. Po oczyszczeniu rany i usunięciu zmiażdżonego mózgu ranę wytamponowałem gazą jodoformową, — a brzegi rany skórnej nieco tylko zbliżyłem do siebie trzema szwami.

Przebieg dalszy choroby był nadzwyczaj pomyślny.

Ciepłota wahała się w granicach 36·2 rano do 37·1 popołudniu.

W 8 dni po trepanacyi przy zmianie opatrunku zauważono wyraźne czerwono-różowe ziarniny, wychodzące z śródkościa (diploë), — blado-różową ziarninę pokrywającą dno rany mózgowej. Płyn mózgowordzeniowy z górnego odcinka rany kroplami tylko wydostawał się ze szczelin między oponą twardą a miękką. Dnia 20-go po operacyi przy powtórnej zmianie opatrunku ziarnina wypełniła już zupełnie jamę po ranie mózgowej; ziarniny wychodzące z śródkościa pokryły również, z wyjątkiem samego środka, prawie całą powierzchnię rany.

Dnia 30/VII b. r., a więc w 8 tygodni po operacyi chory opuszcza szpital w stanie zupełnego zdrowia. Zmiany w czuciu, jak i upośledzenie przywodzenia ręki lewej w ca-

łości ustąpiły, a miejscowo rana zagoiła się; otwór w kości wypełnił się nowo wytworzoną kostniną, z wyjątkiem małej szczeliny, pokrytej blizną.

W przypadku tym miałem więc do czynienia ze zmiażdżeniem kości i mózgu, a w następstwie tego z upośledzeniem ruchów i czucia kończyny górnej lewej.

Zmiany te czynnościowe powoli ustępowały tak, że w 8 tygodni po wypadku chory nie przedstawiał najmniejszych zmian. Przebieg pooperacyjny, pomimo zanieczyszczenia rany, był jak najkorzystniejszy, dzięki rychłej pomocy, a ubytek kostny wypełnił się prawie w całości kostniną. Jak wiadomo, złamania czaszki z ubytkiem kostnym wyjątkowo tylko goją się przez wytworzenie kostniny; zazwyczaj pozostaje otwór zamknięty błoną tkankołączną. Im większy ubytek kostny, tem trudniejsze jest zarośnięcie kostne. Warunki dla wytworzenia się kostniny w moim przypadku, wobec zniszczenia opony twardej i dość dużych rozmiarów otworu, były niekorzystne, a mimo tego ubytek zarósł nowowytworzoną kością.

Korzystny przebieg i ostateczny wynik leczenia, a więc ustąpienie zaburzeń w zakresie czucia i ruchów, jak i zarośnięcie kostne należy odnieść do braku silniejszego zakażenia tak, że przez mechaniczne jedynie usunięcie zanieczyszczeń z rany zdołano uniknąć postępującego ropienia i jego ciężkich następstw.

Mała ilość podobnych przypadków, ogłoszonych w naszem piśmiennictwie, nasunęła mi myśl podania niniejszego doniesienia do publicznej wiadomości czytelników „Przeglądu lekarskiego".

* * *

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Żebrowski. **O wykrywaniu prątków gruźliczych w wypocinie opłucnej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 36, 1905). Ż. przekonał się, iż zapomocą „inoskopii" Jousseta nie mógł tak często wykazać prątków gruźliczych w wypocinach opłucnych, jak to ten autor podaje, a powtóre, że przy tej metodzie prątki gruźlicze źle się barwią. Dlatego podaje metodę inną: zapomocą 1 prc. roztworu soli sodowej kwasu fluorowego powstrzymuje krzepnięcie wypociny i zebrany osad po 24 godzinach centryfuguje, a następnie bada sposobem Ziehl-Nelsena. Do wykrycia prątków gruźliczych trzeba uzyskać przynajmniej 100 ctm.³ wypociny. Na 22 przypadki zapalenia opłucnej pierwotnego znalazł w 12 (55 prc.) przypadkach prątki gruźlicze, a z 12 wtórnych zapaleń opłucnej w 10 przypadkach, t. j. 83 prc.

Latkowski.

Edel. **O przyczynie zmniejszania się kwasoty moczu po przyjęciu pokarmów, i warunkach wpływających na wydzielanie się moczem potasowców i soli kuchennej.** (*Therapie der Gegenwart*, 9, 1905). Autor wykazał, że u ludzi niedokrwistych węglan sodowy, a także sól kuchenna wydzielają się w większej ilości w położeniu poziomem, w zmniejszonej zaś w postawie stojącej. Kąpiele ciepłe przyśpieszają wydzielanie się tych ciał drogą moczu: gazowe więcej działają, niż kąpiele zwykłe. Głównym czynnikiem jest krążenie nerkowe, jak przy białkomoczu okresowym; w postawie stojącej utrudnione krążenie zwiększa wydzielanie białka, a u innych niedokrwistych przeszkadza w wydzielaniu się soli drogę moczu. Położenie poziome i kąpiele sprzyjają krążeniu w nerkach, stąd zmniejszenie lub ustanie wydzielania białka, a u innych osobników zwiększenie wydzielania soli. Zmniejszenie kwasoty moczu po pobraniu pokarmu nie schodzi się według autora z chwilą największego wydzielania się kwasu solnego drogą żołądka, ale występuje później, gdy wskutek zwiększenia resorbcyi zwiększa się wydzielanie moczu. W warunkach patologicznych obowiązuje dotychczasowy pogląd: obniżenie kwasoty moczu biegnie równolegle ze zwiększeniem kwasoty żołądka.

S. M.

Dr. Federn. **Cholera i jej leczenie.** (*Medizinische Presse* Nr. 37, 1905). Na podstawie własnych spostrzeżeń, które autor czynił w przebiegu cholery już od roku 1866, wypowiada nową teoryę istoty działania zakażenia cholerycznego, do której doszedł drogą empiryczną. Stwierdziwszy, że jedyną przyczyną zejścia śmiertelnego w cholerze jest ustanie krążenia krwi, dowodzi, że na to składają się nietylko takie powody, jak zagęszczenie krwi wskutek olbrzymiego przepacania do jelit. Badając ciśnienie krwi przy rozmaitych sprawach chorobowych jelit, spostrzegł autor w cholerze niezwykle wysokie ciśnienie, wręcz przeciwnie, niż w innych zaburzeniach jelitowych z przebiegiem podobnym do cholery. Następową więc niedomogę mięśnia sercowego kładzie przeważnie na karb owego wysokiego ciśnienia wskutek oporu w naczyniach brzusznych. Twierdzenie swe popiera rozmaitemi zjawiskami ubocznemi. Opór w naczyniach brzusznych przypisuje odruchowemu działaniu nerwu trzewnego. Wobec tego zastanawia się autor, czy nie byłoby wskazanem w leczeniu cholery podawanie środków obniżających parcie krwi (wymienia ich cały szereg) z jednej strony, a usuwających podrażnienie nerwu trzewnego z drugiej strony. W tym ostatnim przypadku zaleca raczej podawanie kalomelu, aniżeli makowca.

Dr. Glassner.

Neubauer. **O cukrze owocowym w moczu.** (*Münch. med. Wochs.*, Nr. 32, 1905). U chorego, bardzo wychudzonego pomimo wzmożonego łaknienia i pragnienia, znaleziono w moczu cukier owocowy bez obecności cukru gronowego. Jestto piąty dotąd opisany przypadek. Cukier ten dawał wszystkie odczyny znamienne dla cukru owocowego. Nie pojawiał on się w moczu po podaniu skrobi, cukru gronowego, cukru mlecznego, a natomiast występował po spożyciu cukru trzcinowego i owocowego. W tym więc przypadku była to czysta fruktozurya. Drugi przypadek dotyczy chorego, który skarżył się na przypadłości nerwowe, a u którego w moczu znaleziono cukier gronowy obok cukru owocowego. Po podaniu cukru owocowego cukier ten nie wydzielał się, natomiast po spożyciu skrobi, cukru gronowego i trzcinowego, pojawiał się w moczu tak cukier gronowy, jak i owocowy. Przy dyecie, nie zawierającej wcale węglowodanów, nie pojawiał się żaden rodzaj cukru w moczu. Po wstrzyknięciu floryzyny pojawiał się w moczu cukier owocowy i gronowy. Ten przypadek można wedle autora zaliczyć do przypadków mieszanych cukromoczów.

Latkowski.

Bäumler. **O pojawianiu się odgłosu wypukowego bębenkowego w obrębie nagromadzonego płynu przy odmie z puchliną opłucną i z ropniakiem opłucnym.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 84, 1905). Przy nagromadzeniu się płynu i powietrza w jamie opłucnej łatwo zwykle wytłómaczyć zmiany wypukowe i wysłuchowe. Jeśli jednak istnieją dawne zrosty opłucne i zagęszczenia płuc obok jam, wtedy wpływają one na ułożenie się płynu i powietrza, a mianowicie mogą się pojawić obszary odgłosu bębenkowego wśród stłumienia, pochodzącego od płynu. Taki obraz kliniczny trudniej wytłómaczyć, jak to autor na 5 przypadkach objaśnia. I tak odgłos bębenkowy może pochodzić od płuca, przyrośniętego do klatki piersiowej, a częścią ugniecionego przez płyn. Zdarza się to w częściach przednich dolnych i bocznych płuc. Jeśli płuco zostaje więcej ugniecione lub odepchnięte przez płyn od klatki piersiowej, odgłos bębenkowy znika. Odgłos bębenkowy na ograniczonem miejscu może też pochodzić od powietrza, tworzącego odmę, a znajdującego się w przestrzeniach, ograniczonych przez warstwy płynu lub części miąższu płucnego bezpowietrznego, jeśli płuco, poprzednio przyrośnięte, nierównomiernie zostało odepchnięte od klatki piersiowej. W takich przestrzeniach może być różne napięcie, zależnie od położenia chorego: jeśli przestrzeń taka ma kształt nieregularny, odgłos bębenkowy będzie się również zmieniał przy zmianie położenia. Dalej powietrze może się zbierać pod błonami włóknikowemi i w złogach włóknika, siateczkowato rozpiętych, a wtedy może być znów przyczyną odgłosu bębenkowego na niezwykłem miejscu.

Latkowski.

Hofbauer. **Mechanizm oddychania w chorobach opłucnej. III. Dziwaczny skurcz przepony.** (*Zentralbl. f. innere Med.* Nr. 26, 1905). Autor tłómaczy ruch przepony, odwrotny, niż bywa prawidłowo, przy odmie opłucnej na drodze mechanicznej. A mianowicie ruch dziwaczny przepony, jakotoż nieruchomość jej po stronie odmy opłucnej są następstwem braku życiowej kurczliwości płuca przy wydechu, wskutek której przepona w warunkach prawidłowych podczas wydechu zostaje do góry pociągniętą. Gdy przy odmie opłucnej płuco jest zapadnięte i nie porusza się, przepona pozostaje przy wydechu w spoczynku i leży poziomo, gdy zaś obok odmy znajduje się w jamie opłucnej płyn, przepona obniża się ku dołowi wskutek zwiotczenia i ciężaru płynu

Latkowski.

Wederhake. **Barwienie osadów moczu i wysięków.** (*Münch. mediz. Wochs.*, Nr. 37, 1905) Dotychczas nie posiadamy dobrej i odpowiedniej metody barwienia osadów; próbowane bowiem w tym kierunku barwiki dają liczne straty, zaciemniające tylko obraz

mikroskopowy. Z nich wszystkich zdaniem autora nadaje się jeszcze dość dobrze do powyższego celu czerwień obojętna (Neutralrot), ale tylko dla kwaśno i obojętnie oddziaływających moczów, gdyż w moczu zasadowym zmienia ona swą barwę na żółtą i z fosforanami się strąca. Lekarzowi, nieobeznanemu dostatecznie z mikroskopowem badaniem, ułatwia ona jednakże w każdym razie wyszukanie skąpych wałeczków już przy nieznacznem powiększeniu. Sposób postępowania jest następujący: po zcentryfugowaniu wlewa się ostrożnie z rurki mocz, stojący nad osadem, a do samego osadu dodaje się jedną kroplę 1 prc. wodnego rozczynu czerwieni obojętnej, wstrząsa rurkę celem wymieszania, następnie po dodaniu do niej do pełności wody lub roztworu soli, centryfuguje powtórnie i zlewa czerwony płyn z nad osadu, a sam osad bada pod drobnowidem. Dobre wyniki, zwłaszcza jeśli chodzi o wyróżnienie wałeczków woskowych, daje barwienie mieszaniną czerwieni obojętnej z fioletem metylowym w stosunku 20 ctm.[3] 1 prc. wodnego rozczynu czerwieni: 10 kropli zgęszczonego alkoholowego rozczynu fioletu; z mieszaniny tej używa się 2—3 kropli do zabarwienia osadu przy podobnem zresztą zupełnie postępowaniu, jak podano powyżej dla samej czerwieni obojętnej. Nabłonki, wałeczki szkliste i ziarniste, leukocyty, barwią się tutaj czerwono lub czerwono-brunatno, podczas gdy wałeczki woskowe ciemno-niebiesko. Przejrzyste i pouczające obrazy dawać ma barwienie zgęszczonym rozczynem szkarłatu kroceiny (*Croceinscharlach f. B.*) w 70 prc. alkoholu. Poprzednio należy jednak dodać do samego osadu 1 kroplę nalewki jodowej, wymieszać go z nią dobrze przez wstrząsanie, następnie dopiero dodać równe ilości powyższego rozczynu szkarłatu i wstrząsnąć rurkę dobrze; zresztą postępowanie jest podobne, jak przy poprzednich sposobach barwienia. Do utrwalania preparatu nadaje się gliceryna lub płyn Farranta (mieszanina gliceryny, wody destylowanej i stężonego wodnego rozczynu kwasu arsenowego w równych ilościach). *Wilczyński.*

Stursberg. **Znaczenie dermografii w rozpoznawaniu nerwic czynnościowych.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 83, Z. 5 i 6, 1905). Dermografii przypisuje się powszechnie większe lub mniejsze znaczenie w rozpoznaniu różnych chorób układu nerwowego; przeważna część lekarzy uważa ją za pewne *stigma hystericum;* inni spostrzegali ją także w neurastenii, padaczce, nerwicy urazowej; niektórzy natomiast podnoszą, że spotyka się ona również często u ludzi z zupełnie zdrowym układem nerwowym. Chcąc należycie ocenić te sprzeczne poglądy i zebrać pewne dane statystyczne, przedsięwziął autor w tym kierunku badania na dużym materyale, obejmującym ludzi zdrowych i chorych nerwowo (z wyłączeniem tylko chorych gorączkujących, u których jak wiadomo wrażliwość naczyń skórnych jest inną, aniżeli przy prawidłowej ciepłocie). W spostrzeżeniach swoich uwzględniał on nietylko natężenie powstającego zaczerwienienia, ale i jego rozszerzanie się na otoczenie, czas pierwszego ukazania się, najsilniejszego rozwoju, następnie stopniowego blednięcia, a wreszcie zupełnego zniknięcia. Zawsze we wszystkich przypadkach posługiwał się do badania dermografii zaokrąglonym końcem metalowej okówki ołówka, który, miernie naciskając, przesuwał z pewną stałą szybkością po skórze. Z spostrzeżeń jego wynika, że zaczerwienienie skóry po jej mechanicznem podrażnieniu spotyka się u przeważnej większości wszystkich badanych; zupełny brak jego zdarza się tylko wyjątkowo, a polega prawdopodobnie na nieprawidłowych własnościach skóry; u chorych z czynnościowemi nerwicami zaczerwienienie osięga przeciętnie nieco wyższe stopnie, aniżeli u ludzi nerwowo zdrowych; u dzieci natężenie i czas trwania zaczerwienienia bywają w ogólności mniejsze, aniżeli u dorosłych. Dermografii nie można przypisać istotnego i większego znaczenia dla rozpoznawania nerwic, gdyż zdarza się ona także i u ludzi zupełnie zdrowych. *Wilczyński.*

CHIRURGIA. Schömann. **Przyczynek do leczenia puchliny wodnej jamy brzusznej na tle gruźliczem.** (*Zentralblatt f. Chir.* 1904, 48). Autor wykonywa nakłucie kaniulą średniej grubości, pozwala cieczy tyle odpłynąć, ile sama wypływa i wstrzykuje potem 1 do 2 cg. 1 prc. mieszanki jodoformowo-glicerynowej do jamy brzusznej; po 4 do 8 dniach wstrzykuje podobną ilość 2 prc. mieszanki, potem po jakimś czasie 3—5 prc. mieszankę. Wyniki mają być bardzo dobre. Najwyżej robił dotychczas trzy do czterech wstrzyknięć w jednym przypadku, a wynik był już pomyślny. *B. Żmigród.*

J. Bartel i F. Spieler. **Droga naturalnego zakażenia gruźlicą u młodych morskich świnek.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1905, 9). Na podstawie całego szeregu doświadczeń autorowie przychodzą do następującego wniosku: nie ulega wątpliwości, że przy zupełnie przyrodzonej sposobności zakażenia prątki gruźlicze z prądem powietrza mogą się dostać do głębszych dróg oddechowych, do płuc. Jednakowoż uważają autorowie za nieuzasadnione twierdzenie bezwzględne nawet bardzo poważnych autorów, że niewątpliwie główną rolę przy powstaniu gruźlicy w ogólności, a w gruźlicy płuc w szczególności, przypisać należy temu sposobowi zakażenia, (podobnie jak je uwzględniać trzeba u człowieka w wieku dziecięcym), wskazują bardzo wyraźnie na inne, ważniejsze bramy zakażeń gruźlicą, mianowicie jamę ustną, przestrzeń nosowo-połykową, przewód pokarmowy, których wielkie znaczenie, szczególnie dla wieku dziecięcego, zaznaczyć należy już w interesie skuteczniejszego zapobiegania. *B. Żmigród.*

Brix. **Przyczynek do leczenia przepuklin uwięźniętych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, Nr. 27). Autor gorąco poleca stosowanie chlorku etylu w przypadkach uwięźnięcia przepukliny. Pod działaniem zimna staje się przepuklina w krótkim czasie odprowadzalną, jeśli nią przedtem nie była, a nawet w rękach laika środek ten, zastosowany zaraz po wystąpieniu uwięźnięcia, może oddać bardzo dobre usługi. Autor twierdzi to na podstawie całego szeregu przypadków wyleczonych. Chlorek etylu działa szybciej i energiczniej, niż eter i chloroform, gdyż ulatnia się też szybciej i energiczniej i wywołuje znaczniejsze działanie oziębiające. *B. Żmigród.*

L. Haidenhain. **Trepanacya w znieczuleniu miejscowem i oddzielenie oczasznej bez krwotoku.** (*Zentralblatt für Chir.* 1905, Z. 9). Zdaniem Heidenhaina można wykonać bez ogólnego znieczulenia, a tylko przy zastosowaniu metody Brauna w znieczuleniu miejscowem szereg operacyi na czaszce, jako to: trepanacyę, wytworzenie płatu skórnokostnego przy operacyi guzów mózgowych, operacyę doszczętną w zapaleniu ucha środkowego. Do tego celu używa się 1 ctm.[3] $^1/_2$ lub 1 prc. rozczynu kokainy, zmieszanego z 1 do 2 kropli 0,1 prc. adrenaliny w ctm.[3]. Zdaniem autora ulegają znieczuleniu po wstrzyknięciu tego rozczynu pod oczaszną nietylko części miękkie, lecz także i kość po upływie pół godziny, a wreszcie i opona twarda w obwodzie talara, a znieczulenie to trwać może kilka godzin. Dla uniknięcia zatrucia ważną jest rzeczą uwzględnić żądanie Reclusa, który poleca równe poziome ułożenie podczas i po operacyi, aby nie wystąpiły objawy niedokrewności mózgu. *B. Żmigród.*

Strauss. **Skrobanie pęcherza moczowego u mężczyzn w przypadkach przewlekłego nieżytu.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 34, 1905). Skrobankę błony śluzowej pęcherza moczowego zastosowała po raz pierwszy szkoła Guyona; w roku 1896 Motz wspomina już o 21 przypadkach, leczonych w ten sposób. Zapalenie ogranicza się zwykle tylko do błony śluzowej, która też pozostaje wtedy w luźnym związku z podłożem. Autor sporządził i narzędzie, które nazwał łyżką cewnikową. Składa się ono z pochwy kształtu cewnika Merciera, do którego wsuwa się łyżeczkę lub kiurotę w chwili, gdy pochwa już leży w pęcherzu. Ostre łyżeczki umieszcza się na elastycznem metalowem zakończeniu. Kontrolując od strony kiszki stolcowej lub powłok brzusznych, można wykonać swobodnie wyskrobanie całej błony śluzowej, i to silne, bez obawy przedziurawienia. Przed operacyą podaje się urotropinę i bada pęcherz cystoskopem. Operacyę trzeba robić w znieczuleniu, by uniknąć bolesnych kurczeń się pęcherza. Po wyskrobaniu płócze się pęcherz rozczynem adrenaliny i zakłada na pewien czas cewnik na stałe. Zajęcie nerek nie jest przeciwwskazaniem do operacyi, owszem zachętą, n. p. w przypadkach gruźlicy nerki i pęcherza. Narzędzie to wyrabia firma Franc. Stamm et Comp., Obligs. *Dr. Adolf Kleck.*

Katzenstein. **Podwiązywanie aorty i jego fizyologiczna i lecznicza wartość.** (*Archiv f. klin. Chir.* Tom 76, Zeszyt 3, 1905). Na mocy swych doświadczeń w liczbie 105, wykonanych na 45 zwierzętach, stara się autor odpowiedzieć na trzy pytania: jakie fizyologiczne skutki ma podwiązanie aorty (brzusznej)?, czy opisane w literaturze przypadki dają nam jakie wskazówki?, a w końcu, czy wogóle zabieg ten można wykonywać, jakie ewentualnie ma wskazania i jakie są i mogą być jego wyniki? Podwiązanie aorty powyżej rozdziału pociąga za sobą zaraz zniknięcie tętna w tętnicach udowych. Krążenie uboczne wyrabia się jednak bardzo prędko tak, że ciśnienie w tętnicy udowej zaczyna się wkrótce znowu podnosić. Nastrzykaniem naczyń żelatyną z bismutem i następowem prześwietlaniem promieniami Röntgena mógł autor wykazać, że krążenie uboczne odbywa się z pomocą połączenia tętnicy piersiowej z nadbrzuszną, dalej u zwierząt z pomocą połączenia tętnicy przeponowo-brzusznej z biodrowo-lędźwiową i t. d. Przyczyny wytwarzania się krążenia ubocznego nie znamy. Nie jest nią tylko wzmożone ciśnienie krwi, bo po pierwsze często tego wzmożonego ciśnienia niema, a powtóre, gdyby ciśnienie było główną przyczyną, w takim razie krążenie powinnoby występować w krótkim czasie właśnie po podwiązaniu, a tego nie spostrzegamy. Brak wzmożonego ciśnienia tłomaczyć należy sobie uśpieniem, działaniem nerwu trzewnego i otwarciem jamy brzusznej. Podwiązanie aorty wpływa bardzo silnie na czynność serca. Z początku rozwija się rozstrzeń,

a następowo przerost lewej komory. Po podwiązaniu występują przemijające porażenia tylnych kończyn i pęcherza natury obwodowej, gdyż rdzeń pacierzowy zmian żadnych nie okazuje; mięśnie natomiast ulegają zmianom zwyrodnienia. Aortę podwiązano na człowieku dotąd 14 razy. Wszystkie przypadki zakończyły się śmiertelnie. Pierwszy dokonał tego zabiegu Cooper w roku 1818. W dwóch przypadkach (Tillaux, Czerny) podwiązano aortę przez pomyłkę, zamiast tętnicy biodrowej; 12 razy operowano z powodu tętniaków (2 razy aortę, resztę tętnicę biodrową wspólną, wewnętrzną i zewnętrzną). Najdłużej żył chory Keena — 57 dni. Przeważnie chorzy umierali w przeciągu pierwszych 24 godzin. Podwiązanie nie chroni przed krwotokami następowymi. Czerny podwiązał aortę z powodu zranienia tętnicy nerkowej przy wycinaniu nerki. Za główną przyczynę śmierci uważać należy porażenie serca. Dwa razy nie podwiązano światła zupełnie, lecz częściowo. raz podwiązka przecięła następowo ścianę aorty. Podwiązanie nie wpływa nigdy bardzo na odżywienie kończyn i zgorzeli nie spostrzegano. Wynika z tego wszystkiego, że podwiązanie aorty jest zabiegiem, nie prowadzącym do celu, a bardzo ciężkim, a nawet śmiertelnym. Podwiązanie nie leczy tętniaka biodrowego, bo krążenie uboczne i tak zaraz się wytworzy tak, że jedynie wyłuszczenie dać może jeszcze jakie takie wyniki. *Dr. Adolf Klęsk.*

Stubenrauch. **Zapobiegawcze odżywianie chorych, operowanych w jamie brzusznej, z dodatkiem uwag nad sączkowaniem przez nakłucie jelit.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 35, 1905). Autor zachęca do odżywiania chorych wśród operacyi brzusznych zapomocą nakłucia jelita i wlewania do niego płynów zdaleka od miejsca operacyi. Używa do tego osobnych przyrządów, a wlewa świeżo sporządzony roztwór, złożony z łyżeczki kawowej hygiamy, litra mleka, nieco soli kuchennej, łyżeczki cukru, ewentualnie 15—30 gramów koniaku. Dodaje także trochę dermatolu, a roztwór wyjaławia. Takie odżywianie zapobiegawcze polecił pierwszy w roku 1899 Kader. Autor stosuje je także przez czas dłuższy, przyszywając jelito na przestrzeni 10-fenigówki do przetok i wprowadzając swoją cienką rurką codzień przez ten sam otworek płyn odżywczy. Bardzo wynędzniałych chorych odżywia przed i po operacyi w następujący sposób: przed operacyą wlewa się do kiszki stolcowej kilka razy dziennie po 300 sz. ctm roztworu cukru z solą kuchenną, ewentualnie wlewa się podskórnie sól i oliwę wyjałowioną (tej ostatniej 50 -80 grm.). Przy operacyi daje się do kiszki płyn odżywczy, jak wyżej; do jamy otrzewnej ½ litra wyjałowionego roztworu soli kuchennej i 1 litr podskórnie. W 12 godzin po operacyi łyżkami zimną herbatę. Drugiego dnia mleko, hygiama albo mondaminę. Odżywianie takie podnosi bardzo siły chorych i wpływa korzystnie na ruch robaczkowy jelit. Sączkowanie przez nakłucie stosuje też autor z pomyślnym wynikiem w przypadkach niedrożności jelit, gdzie jest wskazaną wczesna enterostomia. Do umocowanej pętli wsuwa się kaniulę o średnicy 3—3·5 mm. i pozostawia na stałe. Zwykle dopiero w parę godzin odchodzi wiele gazów i kał płynny. Rauka goi się bardzo prędko bez następowej przetoki. *Dr. Adolf Klęsk.*

Muscatello. **Doszczętne leczenie wynicowania pęcherza moczowego.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 76, Z. 4, 1905). Sposób autora, podany w celu doszczętnego leczenia wynicowania pęcherza, jest modyfikacyą sposobu Maydla, a polega na wszczepieniu trójkąta pęcherzowego razem z moczowodami do wykluczonej od obiegu kału części jelita esowatego. Wykluczenie to osiąga autor przez przecięcie jelita, boczne połączenie odcinków drogą enteroanastomozy i wszczepienie trójkąta w szczyt odprowadzającej pętli powyżej enteroanastomozy. Sposobem tym operował 10-letniego chłopca i otrzymał wynik bardzo dobry. Chłopak zatrzymuje mocz w dzień przez 4 godziny, w nocy nawet przez 7 i oddaje go dobrowolnie przez odbyt. Najpierw autor operował go sposobem Maydla; utworzyła się jednak przetoka kałowa. Wobec tego wykonał drugą operacyę sposobem wyżej opisanym. Podane dotąd metody nie spełniają w zupełności oczekiwań, dzielimy je głównie na dwie grupy: 1) tworzenie pęcherza moczowego zapomocą skóry (Roux, Thiersch, Le Fort i t. d.), lub błon śluzowych (Rutkowski, Ségond); 2) odprowadzanie moczu inną drogą (do cewki moczowej, pochwy, skóry, jelita i t. d.). Operacya Maydla daje około 25 prc. śmiertelności, często jednak operowani umierają po 2—3 latach na zakażenie nerek. W roku 1898 podał Gersuny sposób następujący: wykonywa laparotomię, oddziela poprzecznie kiszkę prostą od esowatej, zamyka dolny odcinek i wszczepia do niego trójkąt pęcherza, a w końcu wszczepia odcinek górny przez zwieracz na zewnątrz przy skórze. Sposobem tym operował tylko sam Gersuny raz, chora umarła 5-go dnia. W roku 1900 podał znowu Subbotin sposób w zasadzie bardzo ciekawy, nieco jednak za skomplikowany. Dzieli on kiszkę odchodową na dwa przedziały: przedni ma służyć za zbiornik moczu, tylny kału. Borelius w roku 1903 polecił wykonywanie enteroanastomozy i wszczepiania powyżej na szczycie kiszki esowatej trójkąta. Müller znów tylko teoretycznie podał sposób wykluczenia jelita i umocowania go w powłokach z trójkątem. Ostatni sposób stał się myślą przewodnią postępowanie autora. Przeciwwskazaniem do operacyi łączenia pęcherza z kiszkami są ewentualne przyszłe ciąże: autor jednak radzi i tak operować, wykonując równocześnie przecięcie trąbek. *Dr. A. Klęsk.*

Englisch. **O dobrowolnem kruszeniu się kamieni w pęcherzu moczowym.** (*Archiv für klinische Chirurgie*, T. 76, Z. 4. 1905). W obszernej i historycznie szczegółowo opracowanej pracy dochodzi autor do następujących wyników: Samokruszeniu (w pęcherzu) ulegają głównie kamienie moczanowe. Czasem tylko rozpadają się kamienie szczawianowe, lecz rzadko kamienie kruszą się w odłamkach, będących wyrazem krystalizacyi. Promieniste okruchy w kamieniach moczanowych zwykle są zlepione masą śluzowatą albo fosforanami. Do rozpuszczenia kamieni pęcherzowych używano wielu środków, n. p. zasad, kwasów, wody wapiennej z mydłem, surowicy krwi, prądu galwanicznego, picia wody w dużej ilości, przetworów roślinnych w postaci odwarów i nalewek i t. d. Kamienie w pęcherzu rozpadać i kruszyć mogą się też same, a przyczyny szukano w samej budowie i skrystalizowaniu kamienia, w mechanicznych urazach (uderzenie w okolicę pęcherza, zgniecenie, spadek z wysokości i t. d.), w kateteryzacyi twardymi cewnikami, uderzaniu licznych kamieni o siebie. silnych kurczach pęcherza, zmianach oddziaływania moczu, w działaniu chemicznem drobnoustrojów i t. d. To pewne, że kamienie moczanowe pękają wzdłuż promienistych odcinków regularnie, inne natomiast pękają zupełnie nieregularnie i to od zewnątrz ku wewnątrz, w przeciwieństwie do moczanowych, które rozpadają się od wewnątrz. *Dr. A. Klęsk.*

K. Alt. **O zwalczaniu stanu padaczkowego.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 13, 1905). Nazwa ta ma oznaczać szereg bezpośrednio po sobie następujących napadów padaczki z tem jednak zastrzeżeniem, że chory przez cały czas napadów ani na chwilę nie odzyska przytomności tak, że nim jeden napad się kończy, drugi już się rozpoczyna. Rozróżniając taki przeciągły napad od seryi napadów, następujących w krótkich przerwach po sobie, zwraca autor uwagę na rokowanie, które jest odmienne w każdym z tych dwóch rodzajów padaczki i że bez odpowiedniej pomocy lekarskiej stan padaczki przeciągły nieraz może się zakończyć śmiercią. Zasługa lekarza polega nietyle na właściwem leczeniu choroby, ile na zapobieganiu. Do środków zapobiegawczych należy w pierwszym rzędzie uregulowanie odżywienia i trawienia, a wraz z niem baczność na codzienne dostateczne wypróżnienia, tembardziej, iż padaczkowi mają skłonność do niedowładu ruchowego jelit z następowym rozkładem treści kiszkowej i wynikającem stąd samozatruciem. Ponieważ większe ilości napojów wyskokowych wzmagają pobudliwość kory mózgowej, należy się ich unikać tak samo, jak morfiny, której chorzy tego rodzaju nie znoszą. Wystrzegać się też należy wszelkich silnych bodźców nerwowych, jak rozdrażnień, strachu, nadużyć płciowych, upału i t. p. Wielkie znaczenie etyologiczne ma dla chorych padaczkowych brom, a względnie nagła przerwa w podawaniu tego leku. Godnem jest uwagi, że w takich okolicznościach napady rzeczywiście ustają na jakiś czas, n. p. kilka tygodni, a nawet miesięcy, ale natomiast po upływie tego czasu napady stają się liczniejsze i silniejsze, a nieraz wytwarza się według spostrzeżeń autora po tak nagle przerwanem lekowaniu stan padaczkowy; dlatego też odzwyczajanie się od powyższego leku powinno w wolniejszem nastąpić tempie, niż przyzwyczajanie. Leczenie jodem i jego przetworami nie zawsze wpływa zbawiennie na ustrój chorych padaczkowych. Alt widział napady, wywołane według jego zdania właśnie tym lekiem. Skutki dłużej trwającego stanu padaczkowego zależne są od opieki lekarskiej, pod jaką chorzy tacy się znajdują: ciepłota podnosi się zwykle dość znacznie, nieraz spostrzega się przemijające porażenia, a czasem i trwałe, powstałe wskutek krwotoku mózgowego; zdarza się także, że stan taki pozostawia zaburzenia umysłowe, a w rzadkich tylko przypadkach następuje śmierć z uduszenia wskutek nadmiaru kwasu węglowego we krwi. Uduszenie może zresztą powstać wskutek dostania się podczas napadu wymiotowanych pokarmów do dróg oddechowych, wywołując śmierć natychmiastową, lub zachłystowe śmiertelne zapalenie płuc. Takie samo smutne zakończenie może nastąpić wskutek krwotoku w okolicy jąder nerwu błędnego. Zawezwani do chorego tego rodzaju musimy się starać przedewszystkiem o możliwe skrócenie stanu napadowego; a to się daje usunięcie przez usunięcie wszelkich bodźców zewnętrznych, wywołujących w zwykłych stosunkach napady, przez zastosowanie lewatywy przeczyszczającej; gdy to wszystko nie wystarcza, należy polecić brom (8: 100), chloral (2—4: 100), dormiol, makowiec i ostatecznie chloroform. Prawie wszystkie te leki podaje

się w lewatywie. Do wszystkich tych lewatyw uspokajających dodaje Alt jeszcze przy osłabionej akcyi serca 15 kropli *trae strophanti*. W razie gdy powyższe środki nie prowadzą do celu, stosuje się chloroform; wystarcza już kilka kropel do chwilowego przerwania napadu. Chloroform w tak małej ilości jest zupełnie nieszkodliwy, szczególnie tam, gdzie można go kombinować z wdychiwaniami tlenu. Autor widział też dobre wyniki po kąpielach i zlewaniach zimnych, trwających dłuższy czas, i po znacznych upustach krwi z następnemi wstrzykiwaniami podskórnemi roztworu fizyologicznego lub takiemi lewatywami. Alt nie wątpi, iż przy drgawkach, występujących u ciężarnych lub też u dzieci, analogiczne leczenie da się skutecznie zastosować. *Korm.*

Marinesco S. **Badanie jądra i jąderka komórki nerwowej w stanach prawidłowych i patologicznych.** (*Journal für Psychologie und Neurologie*, Tom V, Zeszyt 3 i 4, 1905). Autor zestawia z piśmiennictwa i własnych badań uzyskane dane co do kształtu jądra i jąderka prawidłowej i patologicznie zmienionej komórki nerwowej. Zmiany patologiczne jądra polegają na zmianie kształtu, przemieszczeniu się lub nawet zupełnym zaniku jądra. Różne zmiany jąderka nie dadzą się ująć w jakieś stałe obrazy; jąderko może się powiększać, może ulegać wakuolizacyi, wreszcie może się zupełnie rozpuścić. Zmiany te tak jądra, jak i jąderka, nie są bynajmniej charakterystycznie zmiennemi dla różnych chorób tak, że z obrazu jądra i jąderka nie można rozpoznać przyczyny, która zmianę tę wywołała. *Doc. Dr. Bochenek.*

PEDYATRYA. Fuisawa. **T. zw. mongolska plama wrodzona okolicy krzyżowej u europejskich dzieci.** (*J. f. Kinderh.* T. 62, sierpień 1905). Chodzi o plamę lub plamy niebieskawo-połyskujące, dające się stwierdzić z reguły u dzieci japońskich w okolicy krzyżowej, ogonowej i pośladkowej przy urodzeniu, lub pojawiające się wkrótce potem. Plamy te są wielkości grochu do wielkości dłoni, rozprzestrzeniające się nierzadko aż do grzbietu, pokrywają jednak tylko wyjątkowo całą grzbietową stronę tułowia. Często znaleźć je można także na barkach i kończynach po stronie wyprostnej. Plamy giną w dzieciństwie bez śladu i tylko bardzo rzadko pozostają na całe życie. Plamy uważano za cechujące dla Japończyków, później dla całej rasy mongolskiej. Adachi udowodnił jednak, że komórki barwikowe, wykryte przez Bälza, których nagromadzenie w skórze właściwej jest warunkiem wystąpienia plam, zawsze można wykazać w skórze człowieka i małpy. Jednak w pewnych razach udaje się to tylko w życiu płodowem, a przytem istnieją znaczne różnice ilościowe. Mimo to Bälz obstawał przy zapatrywaniu, że stanowią one cechę rasową. Autor, Japończyk, poszukiwał tych plam na materyale monachijskiej polikliniki dziecięcej i udawało mu się je stwierdzić raz na pięćdziesiąt przypadków. Tem samem tracą one cechę znamienia rasowego. Plamy te spostrzegano niewątpliwie już przed autorem; uważano jednak je za zwykłe znamiona barwikowe (*naevi pigmentosi*). Sprawa ma i praktyczne znaczenie. Lekarz przystępując do operacyi znamienia u dziecka, nie powinien, jeżeli chodzi o plamę niebieskawo-połyskującą, nie pokrytą włosami, nie wyniosłą, nigdy zapominać, że może chodzić o opisaną plamę barwikową, znikającą następnie dobrowolnie. Adachi wspomina o zbytecznym zabiegu, wykonanym przez swego przyjaciela, który u własnego dziecka z plamami wrodzonemi na tułowiu, kończynach i czole, plamę na czole usunął operacyjnie. Inne plamy znikły następnie same przez się, blizna na czole pozostała. *Lewkowicz.*

Hecht. **O rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy gruczołów krezkowych w wieku dziecięcym.** (*Ther. d. Gegenwart*, 1905, IV). Według Neumanna ból w brzuchu może pochodzić albo od zapalenia kiszki, szczególnie ślepej, albo od uwięźnięcia jelita; jako trzecią przyczynę autor dodaje jeszcze gruźlicę gruczołów zaotrzewnych. O chorobie tej mało tylko mówi się w podręcznikach. Hecker i Trumpp rozróżniają gruźlicę gruczołów krezkowych pierwotną i następową; za punkt wyjścia mogą służyć jelita, otrzewna, albo też gruczoły oskrzelowe. Rozpoznanie tej sprawy nie jest tak łatwe: nieraz widzimy brzuch dziecka rozdęty, jak balon, na ucisk wrażliwy z rozszerzonemi żyłami powłok brzusznych, uporczywą biegunką i obrzękiem gruczołów pachwinowych; nad objawami panuje nieustanny prawie ból brzucha, który występuje stale, nawet w tych przypadkach, w których brak powyżej opisanych przypadłości. Jeśli przy obmacywaniu można wyczuć znaczne guzowate obrzęki w brzuchu, a wywiady i stan ogólny za prawdopodobieństwem gruźlicy przemawiają, wówczas nietrudno rozpoznanie ustalić. Co się tyczy leczenia, to jest ono po części miejscowe, po części zaś ogólno-przyczynowe. Autor stosuje w podobnych przypadkach wcierania szarego mydła lub wazogenu kreozotowego 20 prc., oraz ciepłe okłady, a wewnętrznie podaje przez długi czas tran i rozmaite przetwory kreozotowe. *Korm.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Cytarynę przeciw ostrym napadom **dny** bardzo zaleca Merkel (*Archiv f. klin. Med.* 1905, 1—4). Podawał on zazwyczaj pierwszego dnia 4 dwugramowe kołaczyki (wyrobu fabryki Bayera), a przez 5 następne dni po 3 takie kołaczyki, dozwalając przy nader silnych bolach zażyć i czwarty. Dawkę trzeba jednak w każdym przypadku dopiero doświadczeniem wypróbować. W 9 przypadkach już po 4—5 kołaczykach ustawał napad bolu wśród lekkich potów. W dnie przewlekłej zaleca M. podawać naprzemian z cytaryną aspirynę. Działanie uboczne cytaryny na żołądek zdarza się tylko rzadko i w lekkim stopniu; w każdym razie dobrze jest podać choremu na ½ godziny przed zażyciem leku trochę mleka, chleba i t. p. Warunkiem skuteczności cytaryny jest podanie jej bezzwłoczne, skoro tylko zagraża napad. Podobnie pomyślne wyniki po tym leku opisuje Mayet (*Lyon. med.* 1905, 32), który w ostrym napadzie podaje pierwszego dnia 6 gr., drugiego 4, trzeciego 3 gr., w dnie przewlekłej zaś zaczyna od 10 i schodzi do 4 gr., w dawkach po 2 gr. naraz. *B.*

Działanie **diuteryny** z działaniem **aguryny** porównywał Torchio (*Riv. crit. di clin. med.* 1904, 36) w chorobach nerek i wadach serca z puchliną, podając do 2 gr. dziennie i doszedł do wniosku, że diuretyna działa nieco silniej moczopędnie od aguryny; tętno po agurynie wolnieje i staje się regularniejszem; na parcie krwi oba leki nie działają. Oba leki wskazane są w miąższowem zapaleniu nerek i w wadach zastawki dwudzielnej; mniej nadają się w marskości nerek i wadach tętnicy głównej; przeciwwskazane są zaś wobec puchliny brzusznej w toku marskości wątroby. *B.*

Dolegliwości moczowe, zależne od nieżytu pęcherza w toku **przerostu gruczołu krokowego,** zwalczał Halbhuber (*Wiener med. Presse* 1905, 27) z powodzeniem zapomocą **helmitolu,** podając 3 półgramowe kołaczyki dziennie przez 17 miesięcy bez przerwy. Każda próba przerwania tego leczenia narażała chorego na powrót nieżytu pęcherza i znacznych stąd dolegliwości. *B.*

Duotal w wysokich dawkach poleca w zapaleniu płuc Doyle (*Semaine med.* 1905, 7). Podaje on 1—1·5 gr. co 2 godziny, a w ciężkich przypadkach co godzinę. Po przełomie zmniejsza się dawki o połowę. *H.*

Różę leczył **mesotanem** w 6 przypadkach Pautz (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 31) i to w 3 oliwą mesotanową (1: 1), w 3 zaś waseliną mesotanową (1: 2), we wszystkich ze skutkiem doskonałym. Podrażnienia skóry obawiać się zdaniem P. nie należy wobec krótkiego czasu leczenia. *B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 9 czerwca 1905 r.

Obecnych członków 30. Przewodniczy kol. Wechsler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący poświęca kilka słów wspomnieniu ś. p. prof. Wehra i wzywa obecnych, aby przez powstanie uczcili jego pamięć.

III. Kol. doc. Wiczkowski przedstawia chorą z niezwykłą konfiguracyą serca, mianowicie uderzenie koniuszkowe, rozlane, jest najwyraźniejsze pod pachą lewą. Mimo tego niema żadnych objawów zaburzeń ze strony serca. Chora cierpi na gruźlicę płuc i musiała prawdopodobnie przebyć *pleuropericarditis*, co w następstwie dało owo przemieszczenie serca.

2. Przedstawia chorą z *leukaemia lienalis*, u której skład krwi wynosi 150,000 ciałek białych, przeszło 3,000,000 ciałek czerwonych, więc stosunek 1 : 20; hemoglobiny 60%. Chora ma się względnie dobrze, więc prelegent ma zamiar zastosować skombinowane leczenie promieniami rentgenowskiemi i wstrzykiwaniami atoksylu, którą to myśl uzasadniał teoretycznie na jednem z poprzednich posiedzeń, — poczem wynik przedstawi zgromadzeniu. *Zawadzki.*

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 13 października 1905 r.

Obecnych członków 60. Przewodniczy kol. Wechsler.

Przewodniczący przedstawia jako gości doc. Drobę z Krakowa i dr. Fromowicza.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Doc. dr. Droba z Krakowa i doc. Kučera przedstawiają wyniki badań nad tegoroczną epidemią zapalenia opon mózgowordzeniowych. (Prace te ogłoszone będą drukiem)

Przewodniczący imieniem Towarzystwa wyraża podziękowanie prelegentom za przedstawienie swoich badań i donosłych wyników naukowych, do jakich doszli, — w szczególności doc. Drobie, że umyślnie w tym celu zechciał przyjechać z Krakowa. Zgromadzeni hucznymi oklaskami nagradzają prelegentów.

III. Na członka Towarzystwa przyjęto dr. Damańskiego ze Lwowa. *Zawadzki.*

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 15 marca 1905 r.

Przewodniczący kol Kwiatkiewicz, obecnych członków 11, gości 2.

Przewodniczący zawiadamia o wysłaniu telegramu w dniu otwarcia „Domu lekarskiego" w Krakowie. Przyjęto do wiadomości.

I. Kol. prof. Mars przedstawia kobietę z wrodzoną miednicą rozszczepioną i rozmiękczeniem kości. (Rzecz przeznaczona do druku)

Dyskusya: Kol. doc. Solowij wypowiada przypuszczenie, że rozszczepienie to może być nabyte i to prawdopodobnie przy ostatnim porodzie, a przemawia za tem obecność rozmiękczenia kości i istnienie więzadła łukowatego *(lig. arcuatum).* Kol. Starzewski zgadza się z przypuszczeniem kol. Solowija, ale sądzi, że pewność pod tym względem da dopiero obraz rentgenowski, który uwydatni różnice w budowie kości. Kol. dr. Kośmiński jest zdania, że trudno przypuścić nabyty rozstęp wobec obecnie stwierdzonego ścieśnienia; trudno mianowicie wytłómaczyć sobie możliwość porodów poprzednich, jeżeli się pomyśli, jakie znaczne ścieśnienie musiała okazywać ta miednica przed przypuszczalnym nabytym rozstępem. Kol. dr. Solowij tłómaczy to właśnie obecnością rozmiękczenia kości. Kol. prof. Mars, odpierając przypuszczenia kol. Solowija, przytacza na dowód swego twierdzenia nierówny rozwój kości miednicy i obecność więzadła łukowatego, trudno bowiem wyobrazić sobie możliwość niepęknięcia tego więzadła przy nabytym tak znacznym rozstępie kości. Zmiany rozmiękczenia kości uważa za zbyt małe, by umożliwiły porody i tak wybitny rozstęp kości. Zastrzega się wreszcie co do ostatecznego wytłómaczenia tego przypadku, gdyż na razie dokładniejszego badania nie miał czasu przeprowadzić. Kol. dr. Solowij twierdzi, że objawy rozmiękczenia kości w tym przypadku są wybitne; między innemi nierówność obu połów miednicy; co do utrzymania więzadła łukowatego, to sądzi, że ono rozciągnąć się może.

II. Kol. Czyżewicz *jun.* demonstruje: 1. Dziecko, urodzone przed godziną przy pomocy obrotu, wobec miednicy płaskiej II stopnia. Ponieważ przy wydobywaniu główki wystąpiły znaczne opory, przeto wykonano wydobycie forsownie, z wielką siłą, przy równoczesnem parciu pacyentki, jednak bez ucisku na główkę od strony powłok brzusznych. Podczas szybkiego przesunięcia się główki przez przewód miednicy małej powstało głębokie wgniecenie prawej kości ciemieniowej, jako skutek ucisku wzgórka kości krzyżowej. Wgniecenia takie są częste przy porodach kleszczowych, gdzie główka powoli dostosowuje się tem samem do miednicy małej. Przy obrocie powstać mogą tylko przy bardzo forsownem wydobyciu główki celem ratowania dziecka. *(Autoreferat).*

2. Rzadki przypadek nabłoniaka kosmówki *(chorionepithelioma malignum).* Pacyentka przybyła w połowie stycznia b. r. do Zakładu położniczo-ginekologicznego, skarżąc się, że krwawi stale od czasu poronienia przed 4 miesiącami. Pierwsze badanie ambulatoryjne wykazało prócz krwawych odchodów jednostajne powiększenie trzonu macicy tak, że rozpoznanie musiało się wahać między grożącem świeżem poronieniem, resztkami z poprzedniego, a jakimś guzem, leżącym w jamie macicy, którego natury nie można było określić. Nadto znaleziono nieznaczny obrzęk prawego jajnika i zmiany po trzeciorzędnej kile w gardle. Spostrzeżenie pierwszych dni pozwoliło wykluczyć istnienie ciąży, wobec czego wyskrobano macicę i posłano wydobyte strzępy do Zakładu anatomii patologicznej w celu ich mikroskopowego zbadania. Badanie to wykazało ledwie dalekie przypuszczenie, że sprawa mogłaby dotyczyć złośliwego bujania pozostałości jaja płodowego, a ciągłe krwawe odchody, które u pacyentki nie ustąpiły po wyskrobaniu macicy, zdawały się to rozpoznanie potwierdzać. W celu uzyskania większej pewności przed zdecydowaniem się na usunięcie całej macicy wyskrobano jej jamę powtórnie, przyczem zauważyć należy, że ani pierwszym ani drugim razem nie można było łyżeczką wyczuć jakiegokolwiek guza. Badanie wydobytych strzępów dało tylko ten sam wynik co poprzednio. Postanowiono więc, opierając się na dotychczasowych przypuszczeniach badań mikroskopowych i na istnieniu krwawych odchodów, które stale się utrzymywały, usunąć macicę i to ze względu na powiększony prawy jajnik, drogą jamy brzusznej i postanowiono operacyę na 25/I.

Tymczasem 23 stycznia chora nagle zemdlała. Badanie zewnętrzne wykazało objawy krwotoku wewnętrznego, a wewnętrzne obecność w zatoce Douglasa miękkiego guza nieograniczonego, którego przedtem nie było, a który trzeba było odnieść do świeżych skrzepów krwi. Laparotomia dokonana w 55 minut później wykazała: prawy jajnik wielkości kurzego jaja, miękki, krwawy, a na jego tylnej ścianie otworek nierówny, wielkości soczewicy, skąd sączyła się krew. Zrostów żadnych nie było. Reszta narządów zupełnie na oko prawidłowa. Podwiązano i usunięto krwawiący jajnik i zamknięto jamę brzuszną. Laparotomia trwała 10 minut, szew brzuszny 14 minut, cała operacya 24 minut. Przebieg pooperacyjny w pierwszych dniach zupełnie prawidłowy; 29 i 30 stycznia przebyła chora dwudniowe zapalenie płuc prawostronne i od tego czasu odpluwała często krew. Nadto utrzymywały się stale krwawe odchody; 9 lutego wyjęto szwy. Rana zgoiła się przez rychłozrost. Badanie mikroskopowe wyciętego jajnika stwierdziło przerzut nabłoniaka kosmówki. Wobec tego, z chwilą gdy tylko pacyentka nabrała nieco sił, usunięto 10 lutego drogą pochwy całą macicę przy pomocy klamer w 14 minut. Po jej rozcięciu okazał się guz wewnątrz wielkości orzecha włoskiego na szerokiej szypule, już gołem okiem identyczny z guzem jajnika, guz, który zachodził w głąb miąższu macicy. Mikroskop potwierdził i tu rozpoznanie nabłoniaka kosmówki. Podczas ostatniej operacyi można było wykazać tylko zrosty bliznowate w miejscu usuniętego prawego jajnika. Zresztą żadnych zmian nie było. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Tylko krwioplucie nie ustawało i utrzymywała się ciężka niedokrwistość, której źródło leżało w pierwszym krwotoku wewnętrznym. Badanie krwi wykazało ledwie 2,900,000 ciałek czerwonych, erytrocyty jądrzaste i prawidłowy skład odsetkowy leukocytów; badanie plwocin nie wykazało pierwiastków komórkowych, ani prątków gruźliczych. Pomimo nieznacznych zmian przysłuchowych w płucach pacyentka miała się tak dobrze, że pomimo krwioplucia pozwolono jej 1/III wstawać. Dopiero od 9/III nastąpiło znów nieznaczne pogorszenie, a badanie wykazało dość małe zmiany wypukowe i przysłuchowe, rozsiane w płucach, zmiany, które najprawdopodobniej trzeba odnieść do przerzutów nabłoniaka kosmówki. Odtąd stan ogólny pogarszał się szybko tak, że niema nadziei wyjścia. Prawdopodobnie więc usunięcie pierwotnego guza i przerzutu w jajniku nie zapobiegło szerzeniu się sprawy nowotworowej dalej, choć z zupełną pewnością nie możnaby twierdzić, że zmiany w płucach nie są na tle gruźlicy lub trzeciorzędnej kiły. Są to jednak przypuszczenia, nie mające żadnych danych za sobą. Przypadek podany jest bardzo ciekawym ze względu, że nabłoniak kosmówki jest wogóle rzadką chorobą, a przerzut w jajniku bez żadnej widocznej drogi pośredniej i bez żadnych zrostów, tak rzadkiem powikłaniem, że mimowoli nasuwa się dość ryzykowna myśl, czy był to przerzut, czy może drugie pierwotne ognisko, powstałe może w ciele żółtem. Rozstrzygnąć tę sprawę byłoby bardzo trudno.

Powyższy opis nasuwa cały szereg uwag: 1. W odróżnieniu od innych nowotworów może nabłoniak kosmówkowy spowodować wewnętrzny krwotok ze względu tak szybkiego rozwoju, że niema czasu na wytworzenie się zrostów. Możeby nawet można ten objaw, choć naturalnie jest bardzo rzadki, spożytkować do ułatwienia rozpoznania tej sprawy chorobowej. 2. Przy skrobaniu jamy macicy można zupełnie nie czuć w niej leżących guzów, jeśli te mają szeroką szypułę i są pokryte twardą otoczką. 3. W rozpoznaniu nabłoniaka kosmówkowego należy kłaść główną wagę na objawy kliniczne, mniej na badanie mikroskopowe i to w pierwszej linii na krwawe odchody, utrzymujące się po dokładnej skrobance. 4. W przypadkach nabłoniaka kosmówkowego należy usuwać narządy płciowe zawsze drogą laparotomii, żeby nie przeoczyć ewentualnych przerzutów. *(Autoreferat).*

Dyskusya: Kol. Nowicki (gość): Badanie pierwszej skrobanki wykazało przerostowe zapalenie błony śluzowej macicy, a tylko w jednem miejscu znaleziono komórki doczesnej. Druga skrobanka wykazała już budowę taką, jaką sam guz przedstawiał. Demonstruje preparaty anatomiczne pomienionego przypadku i preparaty mikroskopowe,

t. j. skrobankę pierwszą, skrawek przerzutu w jajniku i skrawek guza macicy. Kol. doc. Sołowij wypowiada twierdzenie, że pierwsza skrobanka już dawała zupełną pewność nabłoniaka kosmówkowego i wynik jej mógł być wskazaniem do zabiegu operacyjnego. Kol. Nowicki uważa to zdanie za śmiałe i sądzi, że do pewności rozpoznania muszą się znajdować pierwiastki doczesnej w miąższu macicy. Kol. prof. Mars: Przypadek ten ilustruje, jak szybko sprawa taka postępować może; ocenić to można już makroskopowo z preparatów, że guz ten bardzo szybko rósł; ze samej zaś skrobanki nie jest tak łatwo rozstrzygnąć, czy jest nabłoniak kosmówkowy.

IV. Kol. Czyżewicz *jun.* demonstruje: Torbiel skórzakowy wielkości głowy dziecka, zawierający wśród tłuszczu cały splot włosów. Torbiel ten pochodził z lewego jajnika i był płaszczyznowo przyrośnięty po stronie prawej. Prócz skrętu całej macicy o 90° ku przodowi była szypuła torbiela skręcona o 360° lewozwrotnie, a więc w kierunku, w jakim skręcają się zwykle guzy prawego jajnika. Prelegent streszcza w krótkości zapatrywania na powstawanie skrętów Fritscha, Fischera, Freunda, Küstnera i Caria i sądzi, że przedstawiony przypadek przemawia bardzo za teoryą Küstnera, który za przyczynę uważa ruchy robaczkowe jelit i ustala kierunek skrętu dla strony, gdzie leży guz bez względu na stronę, skąd pochodzi.

Sekretarz: *Dr. Tadeusz Czaplicki.*

VI. Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1900.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

Książka pod powyższym tytułem ukazała się pod koniec roku 1904. Porównywując ją z jej poprzedniczkami, stwierdzić musimy znowu znaczny postęp w układzie całości. Treść podzieloną jest w sposób jasny i racyonalny na trzy główne działy, z których każdy rozpada się znowu na odpowiednie rozdziały. Wszystko zaś łączy się ze sobą organicznie w jedną całość. Uniknięto więc nareszcie owego poniekąd chaotycznego pomieszania rozdziałów (co do ich treści), które utrudniało korzystanie z materyału, bardzo mozolnie uzbieranego, a nieodpowiednio ugrupowanego.

Postęp, — choć już mniej wyraźny, — zaznaczyć także musimy w nieco zwiększonej ilości liczb porównawczych w dziale statystycznym: Rzeczą jest prostą, że każda liczba w statystyce zyskuje na wartości przez porównanie, — a bez tego porównania może czytelnika nawet wprowadzić w błąd. Porównanie to liczb dotyczących odnosimy naprzód do zestawień z szeregu lat i szeregu liczb z innych krajów monarchii w każdym szczegółowym rozdziale.

Nie usunięto wreszcie wadliwości w obliczaniu odsetkowem liczb. Przytaczam na przykładzie, jak niedokładne obliczenie prowadzi do błędnych wniosków:

Dzieci umiera u nas ogromnie wiele. Nic też dziwnego, że Sprawozdanie, — a za niem referent „Przegl. lek.“, — zajmując się tą sprawą pilnie, śledzi na podstawie liczb, czy w tym kierunku znajdzie jakie polepszenie, czy też nie. Dlatego, biorąc za podstawę liczby odsetkowe śmiertelności dzieci ze Sprawozdań z lat poprzednich (r. 1898 i 1899), zestawiłem następującą tabelkę:

	w r. 1898	w r. 1899	w r. 1900
W 1-szym mies. życia zmarło:	3·94°/₀₀ ludności,	4·39°/₀₀ ludności,	4·07°/₀₀ ludności,
W 1-szym roku życia zmarło:	9·7°/₀₀ ludności,	10·28°/₀₀ ludności,	10·1°/₀₀ ludności,
W pierwszych 5 lat. zmarło:	15·9°/₀₀ ludności,	16·37°/₀₀ ludności,	14·9°/₀₀ ludności.

Ale w Sprawozdaniu za rok 1900 znajdujemy na str. 15 podobną tabelkę z lat od 1895 do 1900, obejmującą jednak tylko dzieci, zmarłe w 1-szym roku życia: tu jednak znajdujemy za lata, objęte naszą tabelkę z poprzednich Sprawozdań wyjętą, zupełnie inne liczby, a mianowicie: w 1-szym roku życia zmarło: w roku 1898 8·96°/₀₀ ludności, w roku 1899 9·39°/₀₀ ludności, w roku 1900 10·1°/₀₀ ludności. Pokazuje się więc, że liczby, wyjęte z poprzednich Sprawozdań, czy też z ostatniego Sprawozdania, są fałszywe. Gdyby zaś kto na podstawie poprzednich liczb wysnuł był wniosek logiczny, że śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia od roku 1898 do 1900 się zmniejszyła, musiałby na podstawie liczb z ostatniego Sprawozdania wniosek ten sprostować i uznać go za błędny. Wytłómaczenie tego faktu jest proste: w Sprawozdaniach z lat poprzednich brano za podstawę do obliczenia odsetkowego ilość mieszkańców Galicyi według spisu ludności z roku 1890, bez doliczenia każdorocznego przyrostu ludności; zaś w ostatnim Sprawozdaniu, które pisanem było już po spisie ludności w roku 1900, obliczono te liczby według tego spisu, a więc z doliczeniem naturalnego przyrostu ludności. Ale czytający Sprawozdania winien w nich znaleźć liczby pewne, na których można polegać bez corocznego porównywania i żmudnych sprawdzań i dochodzeń, dlaczego liczby, podane w Sprawozdaniu z jednego roku są inne, a w następnem Sprawozdaniu znowu inne.

Dalej: w dziale I l. 2. (Śmiertelność według przyczyn) znajdowaliśmy w Sprawozdaniach z lat poprzednich liczby zmarłych na pojedyncze choroby nietylko podane sumarycznie, ale także obliczone odsetkowo na 1000 mieszkańców i na 100 zmarłych wogóle. W Sprawozdaniu za rok 1900 daje się często dotkliwie uczuwać brak tych liczb odsetkowych.

Wogóle więc powtórzyć wypada, cośmy już po inne lata pisali, że podawanie liczb statystycznych, jeśli tak mozolnie zestawione Sprawozdanie ma przynieść rzetelny pożytek, winno być koniecznie ujednostajnione i jak najdokładniej obliczane tak, by czytający, chcąc liczbę n. p. z roku bieżącego porównać z odpowiednią liczbą któregokolwiek innego roku, mógł liczyć na pewne, że liczbę tę i w ten sam sposób obliczaną znajdzie w każdorocznem Sprawozdaniu. Bo sprawozdawca rozporządza zarówno liczbami urzędowemi, jak i siłami urzędniczemi, które takich obliczeń dostarczyć mu powinny; czytający ograniczonym jest do tego tylko, co wyszuka w samych Sprawozdaniach.

Jeśli to dozwolone, to w tych naszych uwagach ogólnych chcielibyśmy do autorów Sprawozdań wystąpić z dwoma prośbami: naprzód o wprowadzenie do Sprawozdań ponownie rubryki p. t. „Naturalny przyrost ludności i co za tem idzie — dokładniejszych liczb o emigracyi ludności. Następnie zaś sądzimy, że byłoby nadzwyczaj pożądanem dokładne przeglądnięcie przy układaniu nowego Sprawozdania za rok 1901 takiegoż Sprawozdania z roku ubiegłego i poprzednich. Wtedy autorowie przekonaliby się sami dowodnie, jak potrzebnem jest to ujednostajnienie w podawaniu i obliczaniu liczb statystycznych; — a powtóre wprowadziliby zapewne więcej ciągłości, związku, czy systemu w tych Sprawozdaniach. Dziś każde nowe Sprawozdanie dokonywanem bywa prawie niezależnie od poprzedniego. — nowe nie uwzględnia dawnego. Najwidoczniejszym jest ten brak ciągłości w tem, że w każdem Sprawozdaniu znajdujemy słusznie wytknięte braki i usterki czy to w urządzeniach zdrowotnych szkół, czy w złem obliczeniu liczby szczepionych, czy w niewypełnianiu obowiązków przez zarząd gminny, czy w złem wykonaniu wodociągu, zaniedbaniu wykonania zleceń lekarza urzędowego w czasie epidemii i t. d. Natomiast bardzo rzadko kiedy znajdujemy uwagę, czy władza, spostrzegłszy to zaniedbanie, nakazała i dopilnowała usunięcia wykazanych braków, względnie czy w roku następnym braki te usunięto i t. p. Rzeczą jest bowiem jasną, że niedość jest złe wykazać, lecz dążyć należy z całą wytrwałością do tego, by to złe usunąć. Otóż czytając Sprawozdania z lat ubiegłych, mieliśmy zawsze nadzieję, że w Sprawozdaniu następnem znajdziemy dalszy ciąg spraw w nich poruszonych i że przekonamy się, o ile złe wykazane zostało następnie usuniętem, względnie jakich środków użyto, by powtarzaniu się tych zaniedbań czy braków w latach następnych zapobiedz i czy one skutek swój osiągnęły. Tego zazwyczaj nie znajdujemy, — przybywają tylko corocznie nowe skargi i nowe narzekania na braki, dostrzeżone w roku sprawozdawczym. O wykazanych w roku zeszłym już się nie myśli. I tu widzimy ten brak ciągłości i związku między Sprawozdaniami.

Po tych uwagach ogólnych i odwołaniu się do tego, cośmy w uwagach tych już po inne lata na tem miejscu pisali, przystępujemy do szczegółowego Sprawozdania.

I. Ruch ludności.

A) Małżeństwa.

W roku 1900 zawarto w Galicyi 63.846 małżeństw, t. j. 8·75 na 1000 ludności. Liczba ta utrzymuje się z małemi wahaniami od lat około dziesięciu, a tylko w roku 1899 była znacznie wyższą (64.914, t. j. 9·82°/₀₀). Interesującem jest zestawienie liczb odsetkowych z pojedynczych powiatów Galicyi, z którego pokazuje się, że powiaty z ludnością ruską wykazują znacznie wyższe liczby odsetkowe (aż do 10·9°/₀₀) zawartych małżeństw, aniżeli powiaty z ludnością polską, które przeważnie okazują liczbę niższą od średniej dla całej Galicyi (od 8·75°/₀₀ –6·3°/₀₀). Czyżby na to miała wpływać liczba małżeństw księży obrządku grecko-katolickiego? Czy raczej rozstrzyga tu większa ilość emigrujących?

B) Urodzenia.

W roku 1900 urodziło się w Galicyi 329.887 dzieci, czyli 45·2‰ ludności według spisu z 31/XII 1900 r. Pod tym względem przodujemy całej monarchii, gdyż w porównaniu z innymi krajami liczba urodzeń jest w Galicyi od lat wielu stale najwyższą. Z tej ogólnej liczby urodzeń w Galicyi było 11·2 prc. dzieci nieślubnych, z czego większa połowa przypada na dzieci rodziców izraelitów, żyjących w małżeństwie rytualnem, którego ustawodawstwo rakuskie nie uznaje za ważne; stąd też i dzieci te uważane są za nieślubne. Ale i ta liczba 11·2 prc. nieślubnych dzieci jest mniejszą, niż w roku 1899 (11·3 prc.) i od lat stale, choć powoli się zmniejsza.

Nieżywo urodzonych wykazano w 1900 r. 7388 dzieci, t. j. 2·24 prc. wszystkich urodzonych. Od roku 1891 do roku 1898 liczba ta zmniejszała się z 2·73 prc. aż do 2·24 prc. i odtąd już się nie zmniejsza. Z zamieszczonej na str. 8 Sprawozdania tablicy, wyjętej z publikacyi c. k. centralnej komisyi statystycznej, przekonywujemy się, że w całej monarchii najmniej dzieci nieżywo urodzonych pochodzi z rodziców wyznania grecko-katolickiego, zamieszkujących przeważnie Galicyę wschodnią i Bukowinę (2·18 prc. ogółu urodzonych), potem u grecko-oryentalnych (2·22 prc.), dalej rzymsko-katolickich (2·88 prc.), dalej u izraelitów (2·92 prc.), a wreszcie najwięcej u ewangielików (3·04 prc.).

Przy pomocy położniczej odbyło się w Galicyi w 1900 roku tylko 76.567, t. j. 23·2 prc. wszystkich porodów, to znaczy, że do 76·8 prc. wszystkich porodów w całej Galicyi nie wezwano nawet położnej. Postępy w tym kierunku są nadzwyczaj powolne. Przyczyn zaś tego smutnego faktu szukać należy nietylko w braku zaufania ludności do pomocy położniczej, lecz głównie w braku położnych po wsiach i małych naszych miasteczkach. To też władze autonomiczne starają się brakowi temu zapobiedz i wprowadzają stopniowo coraz to większą liczbę położnych okręgowych; z drugiej zaś strony udzielają chętnym wiejskim kobietom zasiłków i wysyłają do szkół położnych w Krakowie i Lwowie, a te powróciwszy na wieś, wypełniają swe obowiązki położnicze jako zarobek uboczny. (C. d. n.).

VII. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu chirurgów.

(18—23 września 1905.)

(Ciąg dalszy).

III.

Rozpoznanie chirurgicznych chorób nerki.

Albarran (z Paryża). Badanie chemiczne powinno się przeprowadzić przez kilka dni z rzędu. W przypadkach przewlekłego zapalenia miedniczek nerkowych zmniejsza się ilość prawidłowych składników moczu; zmniejszenie soli znachodzi się w gruźlicy nerek. Małą wartość ma oznaczenie zagęszczenia i kryoskopia krwi, większe znaczenie ma wydzielanie błękitu metylowego. Ważniejszem jest sprawdzenie, czy objawy te pochodzą z nerki, czy też z innych narządów. Potrzebnem jest w tym celu odosobnione badanie obydwu nerek. Cystoskopia i cewnikowanie muszą wykazać, czy siedzibą choroby jest pęcherz moczowy, czy nerka, i to która? W tym celu zbadać potrzeba mocz przez cewnikowanie moczowodów, wydobyty z obu nerek osobno. Trudniejsze będzie rozpoznanie, jeżeli guz wychodzi z torebki nerkowej, w przypadkach raka wnęki i guzów kołonerkowych. Czy choroba dotyczy obydwu nerek, potrzebne jest badanie moczu z obu nerek i wywołanie sztuczne poliuryi. Z reguły wydziela chora nerka mniej moczu, a barwiki powoli wydziela. Chlorki i fosforany obficiej się znajdują w moczu nerki zdrowej. Błękit metylowy lepiej wydziela nerka zdrowa. Sprawność wydzielnicza nerki chorej jest więcej jednolita, aniżeli nerki zdrowej. Rozstrzygnięcie pytania, czy nerka zdrowa objąć zdoła czynność nerki drugiej, umożebnia jedynie wywołana poliurya.

Kümmel (z Hamburga) nie odmawia wartości dawniejszym metodom badania, jest jednak zdania, że tylko nowsze metody badania fizyczno-chemicznego pozwalają ocenić, czy istnieją obie nerki i czy sprawność jednej z nich jest dostateczną, aby zastąpić nerkę drugą. Radiografia wykazuje nam obecność kamieni nerkowych. Cewnikowanie moczowodów daje pewne wyniki; u dzieci, gdzie ono jest niemożebne, nie zgadza się on nigdy na wycięcie nerki, chyba po dokonaniu czasowej nefrotomii, bo niema pewności, czy istnieje nerka druga. Separatory śródpęcherzowe nie dają wyników pewnych. Kryoskopia daje mu dobre wyniki. Stopień marznięcia krwi wynosi przy zdrowej nerce prawie stale 0·56⁰, granice jego są 0·53⁰ do 0·57⁰. Na 200 badań nerek chorych wynosił on 0·66⁰ do 0·71⁰.

Giordano (z Wenecyi) wskazuje na niebezpieczeństwa, wynikające z zapoznawania, że dawniejsze metody badania pozwalają prawie zawsze na rozpoznanie choroby nerki w sposób pojedynczy i również pewny, aniżeli metody nowsze. Do tego celu prowadzą wywiady chorego, dotyczące dziedziczności, powstania i rozwoju choroby, odruchy bolesne i t. d. Są przypady nerwowe, naśladujące choroby nerek. Pożyteczne jest obmacanie objętości nerek i ich poruszalności, miesienie nerki i badanie przy głowie na dół spuszczonej, niemniej wykazanie punktów bolesnych. Należy dalej przeprowadzić chemiczne badanie moczu. Te sposoby badania pozwalają na rozpoznanie pewne, które nowsze metody badania tylko potwierdzają. Nie należy się przeto narażać na śmieszność i opierać patologię nerki na samej meatoskopii. Oddzielenie moczu z każdej nerki z osobna jest czasem pożyteczne, a cewnikowanie moczowodów jest postępowaniem idealnem. Dobrem jest ustalenie rozpoznania wszelkimi sposobami, jakie daje doświadczenie kliniczne i umiejętność, potrzeba jednak odwagi i energii. Jeżeli się żąda, aby chory nie umierał z braku dostatecznej sprawności nerki, powinno się również żądać, aby nie umierał z niedostatecznej czynności chirurga.

W dyskusyi nad temi sprawozdaniami zabrali głos:

Bazy (Paryż) podaje, że nie należy zaniechać dawniejszych metod, do których rozpowszechnienia sam się przyczynił.

Leguen (Paryż) przeciwnie małą przyznaje wartość badaniu klinicznemu. Mimo teoretycznej niedostateczności oddzielenia śródpęcherzowego moczu w porównaniu z cewnikowaniem moczowodów, podnosi, że w praktyce jest ono wystarczającem, aby na tej podstawie wyciąć nerkę.

Kapsammer (Wiedeń) uważa cewnikowanie moczowodów za ideał.

Hannecart (Bruksela) zaleca prześwietlanie celem rozpoznania kamieni nerkowych.

Hartmann (Paryż) kładzie wielki nacisk na wywiady i badanie w rozmaitem położeniu. Prześwietlanie jest pożyteczne, jeżeli daje wynik dodatni; w przeciwnym razie zaś nie dozwala na żadne wnioski. Cewnikowanie moczowodów jest zbyteczne, bo separator Luysa daje pewne wyniki. W półtorej godziny przed oddzieleniem śródpęcherzowem moczu wstrzykuje 1 cgr błękitu podskórnie, a następnie bada mocz zebrany pod względem jego zabarwienia, chemicznie i histobakteryologicznie. Separatorem można wykazać, w jaki sposób dostaje się mocz do pęcherza. Tymi sposobami badania można z łatwością rozpoznać chorobę nerki.

(Ciąg dalszy nastąpi). *Bogdanik.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* **XV Kongres lekarski międzynarodowy w Lizbonie.** Komitet narodowy polski dla XV międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Lizbonie pozwala sobie w dalszym ciągu udzielić Szanownym Panom Kolegom wiadomości o dotychczasowych przygotowaniach i postanowieniach, powziętych przez Komitet wykonawczy tegoż Kongresu:

Sekcya XII t. j. laryngologii, otologii i stomatologii podzieloną została wskutek licznych objawionych życzeń na trzy oddzielne sekcye, mianowicie:

na Sekcyę XII a): rynolaryngologiczną,
na Sekcyę XII b): stomatologiczną i
na Sekcyę XII c): otologiczną.

Komitet wykonawczy uzyskał przyrzeczenie od odnośnych władz, iż koleje portugalskie, hiszpańskie i francuskie obniżą dla kongresistów taryfę osobową o 50%. Bliższe szczegóły i warunki podane będą później.

Dyrekcya kolei portugalskich przyznaje powyższe obniżenie na swych liniach tak dla członków Kongresu, jakoteż dla ich rodzin, przybywających z Pamphiloza do Lizbony.

Linia: Hamburg-Ameryka w Hamburgu zamierza dla wygody kongresistów urządzić podróż jednym z większych pocztowych parostatków, prawdopodobnie „Hamburg“. W Lizbonie parowiec ten będzie w czasie trwania Kongresu służył gościom za hotel, a po Kongresie powiezie ich do Marokko i na wyspy Kanaryjskie. Ponieważ niewątpliwie wielu będzie chciało korzystać z tego udogodnienia podróży, radzimy wcześnie zgłosić się do Hamburga po miejsce, adresując: *Hamburg-Amerik-Linie, Bureau für Gesellschaftsreisen.*

Pożądanem byłoby, aby już dziś nadsyłano zgłoszenia uczestnictwa w Kongresie; dla otrzymania odnośnych kart, które wysyłać będzie za przesłaniem odpowiedniej kwoty (25 koron, 25 franków lub 20 marek), skarbnik Komitetu polskiego: p. dr. Wilhelm Słapa w Krakowie (Ul. Kolejowa, 4).

Pożądanem byłoby również, aby nasze ciała naukowe, zwłaszcza towarzystwa lekarskie, już dziś zajęły się wyborem swych reprezentantów na Kongres i Komitetowi narodowemu podały nazwiska tychże dla urzędowego ich zakomunikowania Komitetowi wykonawczemu.

Koledzy, którzyby pragnęli zgłosić dla Kongresu odczyt, zechcą zwrócić się do sekretarza Komitetu po odnośny szemat, który, wypełniony w szczegółach, winien być w najbliższym czasie odesłanym Komitetowi narodowemu.

Komitet narodowy polski dla XV międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Lizbonie.

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz,
prezes.

Doc. Dr. Majewski, sekretarz. *Dr. Wilhelm Słapa.* skarbnik.

---

* *Od prof. Bujwida otrzymujemy następujące doniesienie:*

„W kursie dwutygodniowym dla lekarzy, który się odbył w Zakładzie, wzięło ogółem udział 20 lekarzy miejscowych i przyjezdnych, przeważnie rządowych. Kurs był teoretyczno-praktyczny tak, iż lekarze mieli sposobność przerobić osobiście sposoby badania i rozpoznawania, oraz metody zapobiegawcze. Szczepienia ochronne i zapobiegawcze zostały również szczegółowo omówione i okazane metody przygotowania szczepionek.

Ponieważ nadchodzą zapytania, czy kurs nie zostanie powtórzony, podaję do wiadomości, że zamierzam kurs powtórzyć w pierwszych dniach grudnia b. r., jeżeli zgłosi się przynajmniej 10 lekarzy. Obecnie nie mogę tego uskutecznić z powodu szczupłości lokalu zakładowego, gdzie muszą odbywać się codziennie wykłady higieny i ćwiczenia z bakteryologii dla słuchaczy medycyny. *Bujwid.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 26 października.

* Budowa kliniki psychiatrycznej w Krakowie daje powód do zasadniczej wymiany zapatrywań między władzą centralną państwa a galicyjskim Wydziałem krajowym. Ministerstwo oświaty stoi na stanowisku, że wszelkie nowe budowle uniwersyteckie w Krakowie mogą być podjęte tylko przy udziale kraju w kosztach, jak się to dzieje we wszystkich innych dzielnicach monarchii austryackiej. Na te centralistyczne wywody Wydział krajowy galic. odpowiada, że rząd austryacki przy zajęciu Krakowa wziął w swoje posiadanie fundusze uniwersyteckie, a za to zobowiązał się do finansowego pokrywania wszelkich potrzeb tej wszechnicy i dzięki tym stosunkom uniwersytet krakowski jest jedynym w całej monarchii, który istnieje i rozwija się wyłącznie na koszt skarbu państwowego. Ze stanowiska więc zobowiązań historycznych Wydział krajowy oczywiście ma wszelką słuszność: zasadnicze uznanie obowiązkowego spółudziału kraju we wszystkich przyszłych inwestycyach uniwersytetu krakowskiego sprowadziłoby wielkie ciężary pieniężne na Galicyę, gdyż inwestycye uniwersyteckie nigdy się nie kończą, jak nie kończy się postępowy rozwój nauk, wytwarzający coraz to nowe potrzeby. Ale w Wydziale krajowym jak i w W. Sejmie galicyjskim ponad wszystkiemi umowami teraźniejszemi i byłemi góruje, a w każdym razie górować powinno dobro kraju — *suprema lex:* bo klinika psychiatryczna, o której budowę sprawa się toczy, nie jest lokalną instytucyą krakowską, ani ściśle, że się tak wyrazimy, uczelnią szkolną; przeciwnie oddziaływanie szkoły psychiatrycznej sięga głęboko w ustrój społeczny, przeobraża pojęcia o przyczynach wszelkiego rodzaju zboczeń nerwowo-umysłowych, daje bodźca do zakładania różnych towarzystw, zapobiegających chorobom mózgowym, a wreszcie, jako ostateczny i najwyższy cel, — wytwarza społeczną opiekę nad umysłowo chorymi, których w Galicyi mamy kilka tysięcy bez odpowiedniego zaopatrzenia. Na takich też szerszych podstawach uzasadnił Wydział lekarski U. J. swoje poparte przez Senat podanie do W. Sejmu, wzywające posłów do uchwalenia kwoty na budowę kliniki psychiatrycznej w Krakowie, a to w imię dobrze zrozumianego interesu całego naszego społeczeństwa. Podług słów prof. Piltza, który w sprawie budowy kliniki psychiatrycznej w Krakowie rozwija w Wiedniu i we Lwowie chwalebną i gorliwą działalność, panuje w Sejmie i w Wydziale krajowym zupełne zrozumienie tej sprawy i można żywić wszelką nadzieję, że reprezentacya kraju uchwałą swoją umożebni wytworzenie instytucyi tyle ważnej a tak niezbędnej dla postępu psychiatryi i dobra społecznego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 18 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) uczczono pamięć prof. Edwarda Korczyńskiego; 2) przyjęto jednomyślnie na członków Towarzystwa drów: Wychowskiego i Syropa; 3) załatwiono bieżące sprawy administracyjne i wnioski Komisyi przemysłowo-lekarskiej; 4) kol. Gliński demonstrował okazy anatomiczne; 5) kol. Borzęcki przedstawił chorą z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza; 6) kol. Lemberger mówił: „O związkach saponinowych“. Na temże posiedzeniu Towarzystwo lekarskie uchwaliło następujący wniosek kol. prof. Korczyńskiego: „Wezwać i upoważnić prezydyum Towarzystwa do wniesienia na ręce Rektora prof. Gluzińskiego przedstawienia do Wys. Sejmu, w którem zostałaby podniesiona potrzeba zwołania ankiety, złożonej z przedstawicieli stanu lekarskiego i przemysłu zdrojowego, a to w celu omówienia i wyświetlenia postulatów zdrojownictwa przed uchwaleniem wniesionej obecnie noweli do ustawy zdrojowej z r. 1891“.

* W celu omówienia sprawy zaopatrzenia lekarzy okręgowych i ich rodzin, oraz w celu porozumienia się, w jaki sposób sprawę tę najskuteczniej przeprowadzić w Sejmie, odbyło się we Lwowie dnia 20 b. m. posiedzenie Izby lekarskiej wschodnio-gal. z współudziałem delegata Izby zachodnio-gal., jakoteż lekarzy posłów sejmowych i delegatów lekarzy okręgowych. Uchwalono jednomyślnie tę tak naglącą sprawę, wobec krytycznego położenia lekarzy okręgowych, poprzeć w obecnej jeszcze kadencyi sejmowej wspólną interwencyą obu Izb lekarskich galicyjskich. Delegatem Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej był prof. dr. Wicherkiewicz.

* Wobec spodziewanej zmiany sejmowej ordynacyi wyborczej obie Izby lekarskie galicyjskie, na wniosek Izby lwowskiej, wysłały do W. Sejmu jednobrzmiące podania, w których przedstawiają niezbitą potrzebę, by interesa stanu lekarskiego zastępowało w Sejmie dwóch posłów lekarzy, po jednym z każdej Izby, wybranych przez te instytucye.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie powzięło na ostatniem posiedzeniu nader pożyteczną uchwałę: uznając potrzebę nietylko doskonalenia wyrazownictwa lekarskiego polskiego, zebranego w wydanym w roku bieżącym „Słowniku“, lecz i dalszego pomnażania i uzupełniania go w miarę rozwoju pojęć naukowych, Towarz. lekar. krak. uchwala nie rozwiązywać Komisyi słownikowej, lecz uprosić ją w dotychczasowym składzie do zatrzymania mandatów. Do Komisyi słownikowej należą profesorowie: Tad. Browicz (przewodniczący), Stan. Ciechanowski, Stan. Domański i Leon Kryński. Do nich więc lekarze polscy mają adresować wszelkie uwagi i pomysły, dotyczące polskiego słownictwa lekarskiego.

Skoro już mowa o słownictwie, to wyznać musimy szczerze, że w pracach z roku bieżącego nie dostrzegliśmy jeszcze wpływu „Słownika“ na terminologię lekarską polską: niezawodnie przyczyna tego spoczywa do pewnego stopnia w krótkości czasu, ale nie mniej świadczy,

że „Słownik“ nie rozszedł się jeszcze w takiej liczbie, jak tego po jego obrobieniu, wyłożonej pracy i doniosłości ujednostajnienia słownictwa lekarskiego polskiego mieliśmy prawo oczekiwać.

* Obsadzenie opróżnionej katedry chirurgii w warszawskim uniwersytecie nabiera szerszego znaczenia ze względu na ducha ukazów carskich i uchwałę grona profesorów warsz. uniwersytetu, wzywającego rząd do nieczynienia różnic narodowościowych i wyznaniowych przy obsadzaniu katedr uniwersyteckich. O ile słyszeliśmy paru kandydatów — polaków wniosło podanie.

* Ś. p. prof. Edward Korczyński zostawił legat w kwocie 200 koron na fundusz żelazny Muzeum historycznego Wydziału lekarskiego U. J.

* Statut mającej się zawiązać w Warszawie „Ligi przeciwgruźliczej“ został zatwierdzony. D. 15 b. m. odbyło się pierwsze zgromadzenie, na którem zapisało się na członków 25 osób. Towarzystwo uważać się będzie za zawiązane, jeśli się zapisze 50 członków, a kapitał zakładowy wyniesie 5000 rb.

* Redaktorem „Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego“ wybrany został na następne 3 lata ponownie dr. S. Kamieński.

* Dnia 29 b. m. odbędzie się w Łodzi poświęcenie i otwarcie Szpitala Anny-Maryi dla dzieci. Życzymy nowej, a tak ważnej i potrzebnej instytucyi najpomyślniejszego rozwoju. Naczelnym lekarzem tego szpitala jest zaszczytnie znany pedyatra dr. J. Brudziński.

* Między 1 a 7 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: kamioneckim, śniatyńskim, stryjskim, turczańskim i złoczowskim.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Peter mian. został prof. nadzw. anatomii w Würzburgu. Dr. Ballowitz — profesorem zwycz. anatomii w Münster.

Nekrologia. Dr. Michał Doboszyński zmarł w Słoninie. Dr. Rufin J. Skrodzki zmarł w Warszawie. Dr. Burckhardt prof. nadzw. chirurgii, zmarł w Bazylei.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 40. Monsiorski: Haemetocele anteuterina. Czarnik: Intubacya i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894—1903 (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 41. Rzętkowski: O wpływie spożywanego mięsa na wydzielanie z moczem ciał alloksurowych (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 20. zawiera: Pilna sprawa. — Narządy rodne kobiece i ich funkcye (c. d.). — Leczenie rzeżączki u kobiet.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 10. Lušić-Matković: Tri bleupharoplastike. Marković: Slučaj spastične dječje diplegije. Kohout: Prehlada. Karliński: Na koji način može narodni učitelj u veliko unaprijediti pobljšanje zdravstvenog stanja.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaeteticke therapii* Nr. 10. Velich: Studie o vlivu soustavy nervové na tep. Mourek: Vzácný případ náhlé duševni infekce šesti sourozenců.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 42. Případ zánětu plic, nabytého v lůně matky. Plavec: Malá motorická epilepsie. Šamberger: Ku pathologii hyperkeratos. Poledne: Případ sclerosis multiplex cerebrospinalis po poranění bleskem.

— *La Presse medicale* Nr. 82. Besançon i Jong: Ziarnowiec nieżytowy. — Nr. 83. Tuffier: Umiejscowienie i wydobycie pocisków zapomocą metody, polegającej na prostej radioskopii.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 42. Baumgarten: O zatrzymywaniu się prątków gruźliczych w miejscu ich wtargnięcia. Scheller i Stenger: Przyczynek do patogenezy błonicy. London: Dalsze doświadczenia nad działaniem radu. Preiss: Przyczynek do zapobiegania gorączce połogowej. Fink: Drugi przyczynek do skutków jednorazowego leczenia kamicy żółciowej w Karlsbadzie. Franck: W sprawie gorączki miesiączkowej u kobiet gruźliczych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 42. Ranke: Przyczynek do zapobiegania czasem wstawiających się zwężeń krtani po intubacyi i następowej tracheotomii. Avellis: Dzisiejsza granica i przyszła meta w leczeniu dychawicy. Reichel: Powikłania po operacyi wola. Müller: Choroby weneryczne w garnizonie w Metz. Neustätter: O alypinie, przetworze zastępującym kokainę w praktyce ocznej. Vörner: Spożytkowanie stężonego kwasu karbolowego w leczeniu chorób skóry na tle zołzowem, oraz czyraków. Rosenhaupt: Kliniczny przyczynek do chorób posurowiczych. Jacobitz: Przypadek posocznicy wywołany gronkowcem żółtym. Wolffhügel: Osobliwy przypadek obustronnego wodonercza po urazie. Steinheimer: Przypadek ropnia wątroby z rozmaitemi powikłaniami. Hessmann: Przypadek zwichnięcia kości ramieniowej z pęknięciem tętnicy pachowej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 42. Krauss i Dörr: O doświadczalnem leczeniu czerwonki. Badania spraw wydzielniczych na miękkiem podniebieniu. Steinbüchel: W sprawie miesiączki trąbkowej. Hofbauer: Kazuistyczny przyczynek do patologii naczyń łożyska i owodni. Detre i Sollei: Jaką rolę odgrywa stłuszczenie przy hemolizie sublimatowej. Dörr: O t. zw. agresynie dyzenterycznej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 42. Przyczynek do poznania krętka bladego. Braun: O niektórych nowych lekach miejscowo znieczulających (stowaina, alypina, nowokaina). Gutmann: Przyczynek do etyologii i statystyki pierwotnego zapalenia tęczówki. Uhlenhuth: Postępowanie zmierzające do biologicznego rozróżnienia krwi spokrewnionych zwierząt. Grünbaum: W sprawie pochodzenia wody płodowej. Korentschewsky: W sprawie grypy rzekomej. Urbach: Przyczynek do kazuistyki drżączki ruchów zamierzonych u dzieci. Oppenheimer: Fermenty a toksyny.

Redakcya otrzymała: A. Sokołowski: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych (T. III). Brudziński: Przepisy dla matek chorych dzieci. Langenhagen: La cure de la tuberculose sur la Riviera et à Menton. Talko-Hryncewicz: Yamarowka kak kurort i buduszczaja sanatoria dla wostocznoj Sibiri.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 42 (od dnia 15/X do 21/X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 26, dziew. 29; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19. kob. 13; zamiejscowych: męż. 3, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. 2, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. —, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 10, ob. 1. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 10.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**